

Universidad Abierta Interamericana

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

CONCEPTUALIZACIÓN Y ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS

PARA EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

DESDE EL MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL

Tutor: Dr. García, Fernando

Alumno: Lic. Tesoro Aldo Raúl

Legajo: A0900012670-PP3

Título a Obtener: Especialista en Terapia Cognitiva

Fecha: Diciembre, 2025

Agradecimientos

Quien camina un solo metro sin amor,
avanza amortajado mil metros hacia su propio funeral.
Walt Whitman

A mi familia: Espíritu, corazón y vida.

Por la espera inquebrantable de quien guarda el florecer de una esperanza.

Tabla de Contenido

Resumen 5

Introducción 6

Perspectiva Integral del Trastorno Obsesivo-Compulsivo: Historia, Definición y Clasificación Clínica 8

Evolución Socio-Histórica del Trastorno Obsesivo Compulsivo 8

TOC: Concepto y Esencia del Trastorno 11

¿De que hablamos cuando hablamos de Trastorno Obsesivo-Compulsivo? 11

¿Qué es una Obsesión…? 13

¿… y una Compulsión? 21

Taxonomía del Trastorno Obsesivo-Compulsivo 31

El Rol de las Experiencias Not Just Right en el TOC: Características y Relevancia Clínica 36

Criterios Diagnósticos según el DSM-5 y la CIE-10 39

Epidemiologia 43

Prevalencia 43

Inicio, Curso y Pronostico 44

Comorbilidad 46

Diagnostico Diferencial 48

Etiopatogenia del Trastorno Obsesivo-Compulsivo 53

Influencias Genéticas 54

Factores Neuroinmunológicos 55

Implicaciones Neuroquímicas 56

Bases Neuroanatómicas, Neuropsicológicas y Neurofisiopatologicas 58

Modelo Explicativo del TOC desde la Perspectiva Conductual y Cognitiva 62

Evaluación y Tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo: Herramientas y Casos Clínicos 72

Instrumentos de Evaluación para el TOC 72

Intervenciones Basadas en la Evidencia para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo 76

Terapia Conductual 78

Enfoque Cognitivo 82
Abordaje Farmacológico 90
Análisis y Estudios de Casos Clínicos 93
Entrevistas Iniciales 94
Caso N.º 1 - Octavio: Evaluación y Tratamiento 97
Presentación del Caso 97
Conceptualización Cognitiva 99
Formulación del Tratamiento 101
Aplicación del Tratamiento 103
Caso N.º 2 - Magali: Evaluación y Tratamiento 110
Presentación del Caso 110
Conceptualización Cognitiva 112
Formulación del Tratamiento 114
Aplicación del Tratamiento 116
Comparativa de Datos Pre y Post Intervención 125
Conclusión 133
Referencias 136
Anexo 146

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo principal abordar las dificultades teóricas y la compleja evaluación diagnostica que plantea el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) en la Clínica Psicológica, con especial énfasis en el Subtipo Puro, del cual se analizará y expondrá un caso clínico. Se explorarán las delimitaciones teóricas del trastorno, profundizando en sus características sintomáticas más relevantes, así como los métodos de evaluación más apropiados y el diseño de intervenciones terapéuticas basadas en la evidencia. Además, se expondrán dos casos clínicos personalizados que se conceptualizan desde un enfoque cognitivo-conductual, de acuerdo con los principios y técnicas aprendidas durante la cursada de la Especialización en la Universidad Abierta Interamericana (UAI). Este análisis permitirá ilustrar de forma práctica la aplicación de la conceptualización cognitiva y su efectividad en el tratamiento del TOC.

Palabras Claves: Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), TOC Puro, Conceptualización Cognitiva, Terapia Cognitivo-Conductual, Tratamiento Basado en evidencia.

Introducción

Cuida tus pensamientos, porque se convertirán en tus palabras.
Cuida tus palabras, porque se convertirán en tus actos.
Cuida tus actos, porque convertirán en tus hábitos.
Cuida tus hábitos, porque se convertirán en tu destino.
Mahatma Gandhi

Los límites de mi lenguaje son los límites de mi mundo.
Ludwig Wittgenstein

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) es una psicopatología compleja y heterogénea que ha sido objeto de muchos mitos y malentendidos en el saber popular. Este trastorno, presenta un alto grado de resistencia al tratamiento, lo que lo convierte en un desafío clínico considerable. Este reto fue lo que inicialmente despertó mi interés por profundizar en su estudio, al observar cómo la falta de comprensión y las intervenciones inadecuadas podían dificultar significativamente la vida de quienes lo padecen.

A través de mi formación en la Especialización en Terapia Cognitiva en la Universidad Abierta Interamericana, he adquirido una perspectiva más profunda y actualizada sobre cómo abordar las psicopatologías desde el modelo cognitivo, aprendiendo a conceptualizarlas y a aplicar intervenciones basadas en evidencia de manera eficaz.

Durante el curso, la teoría se tradujo rápidamente en práctica clínica, y mi experiencia personal en el aula se extendió al ámbito terapéutico, donde pude aplicar conceptos como la conceptualización cognitiva y la importancia de un diagnóstico preciso. Este proceso de aprendizaje práctico me permitió no solo afinar mis habilidades, sino también ver resultados

tangibles en el tratamiento del TOC, utilizando intervenciones con apoyo empírico y científicamente comprobadas.

El objetivo de este trabajo es lograr una comprensión integral y actualizada del TOC, subrayando la importancia de una conceptualización adecuada, esencial en el ámbito de la clínica psicológica. La conceptualización no solo permite entender la dinámica del trastorno, sino también desarrollar un plan de intervención individualizado, adaptado a las características únicas de cada paciente. Asimismo, un diagnóstico certero resulta fundamental para identificar con precisión los factores que perpetúan los síntomas, y la implementación de tratamientos avalados resultan esenciales para mejorar los resultados clínicos.

Además, la especialización me brindó un enfoque metodológico riguroso, reforzando la necesidad de intervenir con técnicas validadas científicamente. La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), una de las intervenciones más recomendadas para el TOC, fue parte central de mi formación, permitiéndome no solo comprender los mecanismos subyacentes del trastorno, sino también desarrollar habilidades para aplicarla en contextos clínicos reales, garantizando mejores resultados para mis pacientes.

Al concluir esta especialización, he marcado un antes y un después en mi desarrollo profesional. No solo amplié mi comprensión teórica, sino que crecí profesionalmente al incorporar a mi saber, un modelo psicopatológico fuertemente ordenado que me permitiese repensar las alteraciones psico-emocionales y contextuales, atendiendo al entramado de experiencias que circundan al paciente, su modo personal de procesarlas, y reorganizarlas con un sentido propio de autenticidad. Al aplicar estos conocimientos en el contexto clínico, pude abordar con mayor eficacia una variedad de trastornos psicológicos, incluyendo el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), lo que mejoró la calidad de mis intervenciones terapéuticas.

Perspectiva Integral del Trastorno Obsesivo-Compulsivo:

Historia, Definición y Clasificación Clínica

Evolución Socio-Histórica del Trastorno Obsesivo Compulsivo

Para entender el Trastorno Obsesivo-Compulsivo, es crucial revisar su origen histórico. Poveda (1969, como se citó en Vellosillo y Vicario, 2015) señala que las obsesiones han sido reconocidas clínicamente desde tiempos antiguos. Según Berrios (2006), y su escrito sobre la Historia de los Trastornos Obsesivos, aunque las obsesiones y compulsiones han sido observadas en diversas culturas, no fue hasta finales del siglo XIX que estos conceptos se consolidaron en la psiquiatría clínica.

Miró Barrachina y Pastor Sirera (2012) afirman que el concepto de TOC tiene antecedentes tan lejanos como los escritos de San Agustín de Hipona, quien identificó la disonancia entre la mente y el cuerpo, y concebía como un fenómeno monstruoso que la mente no obedeciera; así afirmaba:

> Cuando mi mente da órdenes a mi cuerpo de que haga alguna cosa, el cuerpo obedece de modo que no llego a distinguir la orden de su ejecución. Sin embargo, si mi mente ordena a mi mente que haga algo, ésta no escucha, incluso al ser la propia mente de la misma opinión. ¿Cuál es el origen de este fenómeno monstruoso, y cuál es su propósito? (2016, p. 277)

En el ámbito religioso, la palabra "obsesión" fue inicialmente utilizada en la teología católica para describir una forma de posesión lúcida en la que la persona conservaba su conciencia, pero luchaba contra una fuerza interna (Miró Barrachina y Pastor Sirera, 2012).

El término "obsesión" (del latín *obsidere* que significa asediar, investir, bloquear), en su uso moderno fue introducido por Watburgen en 1799 (Belloch et al., 2020), y Jean Etienne Dominique Esquirol fue el primero en describir lo que hoy se conoce como TOC en 1838 (Kodysz, s.f.). En 1878, Karl Westphal ya describía lo que hoy día se conoce como obsesión, de la siguiente manera: “ideas que, en el contexto de una inteligencia intacta, sin ser producto de un estado emocional o afectivo determinado, y en contra de la voluntad de la persona... emergen a un primer plano de la consciencia” (como se citó en Vallejo Ruiloba et al., 2015). La escuela psiquiátrica francesa, con autores como Falret y Legrand de Saulle, definiría luego este trastorno como la "locura de la duda", destacando la incertidumbre patológica en el pensamiento y la acción (Valaer Rubio, 2015).

En Alemania, Krafft-Ebing utilizó el término "*zwangvorstellung*", que fue traducido como "obsesión" en Reino Unido, y "compulsión" (del latín *compulsio*, es decir, acción y efecto de compeler o forzar a una persona a actuar en contra de su voluntad) en Estados Unidos, lo que derivó en el término TOC como lo conocemos hoy (Berrios, 2006). A finales del siglo XIX, el debate se centró en la distinción entre obsesión y delirio, y en definir la naturaleza del trastorno, ya fuera como un problema del intelecto, de las emociones o de la voluntad (Valaer Rubio, 2015).

Morel, al proponer el concepto de "delirio emotivo", abrió la puerta a la idea de que las obsesiones podrían ser un trastorno emocional. Janet y Freud contribuyeron a esta perspectiva, integrando el TOC dentro de las neurosis. Sus teorías predominaron durante gran parte del siglo

XX, y las clasificaciones internacionales ubicaron al TOC entre los trastornos de ansiedad o neuróticos (Vellosillo y Vicario, 2015).

Miró Barrachina y Pastor Sirera (2012) destacan la importancia de los escritos de Janet y Freud en el desarrollo del estudio del TOC. Janet analizó las distorsiones de la voluntad y la atención, mientras que Freud veía las obsesiones como auto-reproches resultantes de conflictos inconscientes. Los teóricos psicoanalistas postularon una relación entre la personalidad compulsiva y el TOC. Janet sostuvo que los pacientes con obsesiones presentaban una personalidad premórbida vinculada causalmente al trastorno, mientras que Freud asociaba la neurosis obsesiva con características como la obstinación, parsimonia y sentido del orden. Sin embargo, investigaciones fenomenológicas y epidemiológicas demostraron que el TOC es diferente de la personalidad obsesivo-compulsiva, y que la presencia de estos rasgos no es necesaria ni suficiente para el desarrollo del trastorno (Hollander y Simeon, 2012).

Desde la década de 1950, la terapia conductual y el auge de los principios de aprendizaje, ha tenido un impacto significativo en el tratamiento del TOC. Lo que antes se consideraba un trastorno raro y resistente al tratamiento, hoy es visto como uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes, conocido como la "epidemia oculta" (Riggs & Foa, 1994, como se citó en Rodriguez Biglieri et al., 2012; Kaplan y Sandok, 2015).

Para finales del siglo XX, el TOC cuyo diagnostico no se permitía, de acuerdo al DSM-3, si era secundario a otro trastorno mental como el síndrome de Tourette, la esquizofrenia, depresión mayor, etc., —criterio que fue eliminado en el DSM-3-R al reconocer su coexistencia con otros trastornos, especialmente cuando el TOC los precedía (Eisen y Rasmussen, 2004)—, fue clasificado dentro de los trastornos de ansiedad en el DSM-4 (APA, 1994), pero en el DSM-5

(APA, 2014) se le separó de los trastornos de ansiedad, estableciendo una nueva categoría para trastornos relacionados, comenzándose a hablar de un Espectro Obsesivo-Compulsivo.

El enfoque cognitivo ha revelado que la mayoría de las personas experimentan pensamientos intrusivos, pero en el TOC, la diferencia clave radica en la frecuencia, intensidad, duración y nivel de sufrimiento que causan, más que en su contenido. La disfunción principal en el TOC no es tener estos pensamientos, sino la respuesta catastrófica a ellos, influenciada por creencias nucleares (De Silva & Rachman, 1998; Rachman, 1997, ambos citados en Miró Barrachina & Pastor Sirera, 2012)

Los avances en farmacología, neuroimagen y genética han revelado posibles bases fisiopatológicas del TOC. Nuevos psicofármacos han mostrado respuestas positivas en algunos casos, lo que sugiere una base neuropsiquiátrica subyacente (Kodizk, s.f.). Estudios de neuroimagen, neuropsicología y otras disciplinas han identificado alteraciones en el circuito frontoestriadotalámico, lo que podría explicar la disfunción ejecutiva asociada a los síntomas principales del TOC, como las obsesiones y compulsiones (Martínez Anchuela, 2015; Pena et al., 2011).

TOC: Concepto y Esencia del Trastorno

¿De que hablamos cuando hablamos de Trastorno Obsesivo-Compulsivo?

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo, mundialmente conocido por sus siglas como TOC (OCD en inglés), era concebido en su momento como el trastorno de ansiedad más grave, y actualmente con su nueva clasificación y de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), como uno de los cinco trastornos psicopatológicos más incapacitantes. Esta condición se

caracteriza por las largas latencias por parte del paciente para presentarse ante el clínico, su dificultad de tratamiento, larga duración y baja remisión espontánea, además de presentar múltiples comorbilidades con otros trastornos (Cruzado Rodríguez, 2014; Valaer Rubio, 2015).

Se describe como un cuadro psicopatológico que implica la aparición recurrente de obsesiones y compulsiones, de suficiente gravedad como para consumir tiempo (> 1 hora por día) e interferir en la vida diaria de quien lo padece, causando angustia y deterioro funcional en áreas sociales, laborales y relacionales, afectando además de un modo muy negativo a las personas del entorno que le rodean (APA, 2014). En este aspecto, es importante destacar, tal como sostiene Bados (2017), que las obsesiones pueden variar significativamente entre pacientes en frecuencia y duración: mientras algunas personas reportan tener dos o tres obsesiones al día que se prolongan durante un tiempo considerable, otras experimentan numerosas obsesiones diarias, aunque de corta duración.

Aunque el diagnóstico del TOC puede establecerse con la presencia de obsesiones o compulsiones, aproximadamente entre el 75% y el 91% de los individuos con TOC presentan ambas manifestaciones clínicas (Foa & Kozak, 1995, como se citó en Clark y Beck, 2012). Existe una relación funcional entre ambos fenómenos íntimamente relacionados (y a veces, difíciles de distinguir), donde el primero conduce al segundo: Por consiguiente, las obsesiones, que irrumpen en la mente, interrumpiendo el flujo normal de pensamientos sin el consentimiento de la persona, suelen estar acompañadas de un notable aumento de ansiedad, angustia o culpa, que generalmente lleva a la realización de una compulsión con el objetivo de disminuir o eliminar ese malestar, y de esta manera, evitando las consecuencias catastróficas que cree que podrían ocurrir si no lleva a cabo la acción de inmediato (Clark, 2004, como se citó en Clark y Beck, 2012; Miró Barrachina y Pastor Sirera, 2012).

Estas compulsiones, en ocasiones denominadas "*Neutralizantes*", buscan corregir las obsesiones o sus consecuencias (Aldaz Armendáriz y Sánchez Martín, 2005). Estos autores añaden, que, en casos menos comunes, las obsesiones pueden aparecer sin ser seguidas de una compulsión, o, de manera menos frecuente, pueden existir compulsiones sin obsesiones previas (De Silva & Rachman, 1992, como se citó en Aldaz Armendáriz y Sánchez Martín, 2005). Esto ocurre cuando el individuo anticipa el pensamiento intrusivo y actúa de forma compulsiva antes de que aparezca, como, por ejemplo, el paciente revisa la puerta entre 50 y 60 veces, porque sabe que, de no hacerlo, comenzará a obsesionarse con la posibilidad de haberla dejado abierta. (Cruzado Rodríguez, 2014). Belloch et al. (2014), ponen de ejemplo ciertos cuadros crónicos, donde pese a que las compulsiones están tan generalizadas y camufladas con la vida cotidiana del individuo (ej.: orden o limpieza), y son el síntoma capital al consumir la mayor parte del tiempo de la persona afectada, se puede tras una exploración profunda, identificar las obsesiones que originaron estas conductas.

¿Qué es una Obsesión…?

Los modelos psicológicos contemporáneos sostienen que las obsesiones son el componente fundamental del TOC, siendo el primer requisito necesario para su existencia (Belloch et al., 2014). Siguiendo a Aldaz Armendáriz y Sánchez Martín (2005), una obsesión se define como un pensamiento intrusivo y no deseado, que invade la mente de forma persistente, causando ansiedad y malestar en la persona que lo experimenta, quien lo percibe como inaceptable, irracional y perturbador.

Rachman & De Silva (1978, como se citó en Gavino y Godoy, 2010) señalaron que el contenido de las obsesiones no difiere de los pensamientos intrusivos que experimentan las personas sin TOC, y las describían como "pensamientos, imágenes o impulsos inaceptables e indeseados y altamente repetitivos que se asocian con la resistencia subjetiva, son difíciles de controlar y producen angustia incluso aunque el individuo reconozca que el pensamiento es exagerado, irracional o carente de sentido" (Rachman, 1985, como se citó en Clark y Beck, 2012, p. 743). Salkovskis, dio un paso más, y propuso que la diferencia entre los pensamientos intrusivos normales y las obsesiones radica en la interpretación que la persona les da, no en su contenido o frecuencia:

> El pensamiento obsesivo tiene su origen en intrusiones cognitivas normales. La diferencia entre los pensamientos intrusos normales y los obsesivos recae, no en la ocurrencia ni en la incontrolabilidad de las intrusiones en sí mismas, sino en la interpretación que los pacientes obsesivos hacen de esa ocurrencia y/o del contenido de las intrusiones. […] De acuerdo con la perspectiva cognitiva, el patrón obsesivo se da cuando las cogniciones intrusas se interpretan como una indicación de que la persona puede ser, puede haber sido o podría llegar a ser responsable de daño (a alguien o a uno mismo) o de su prevención. (1999, p. 31)

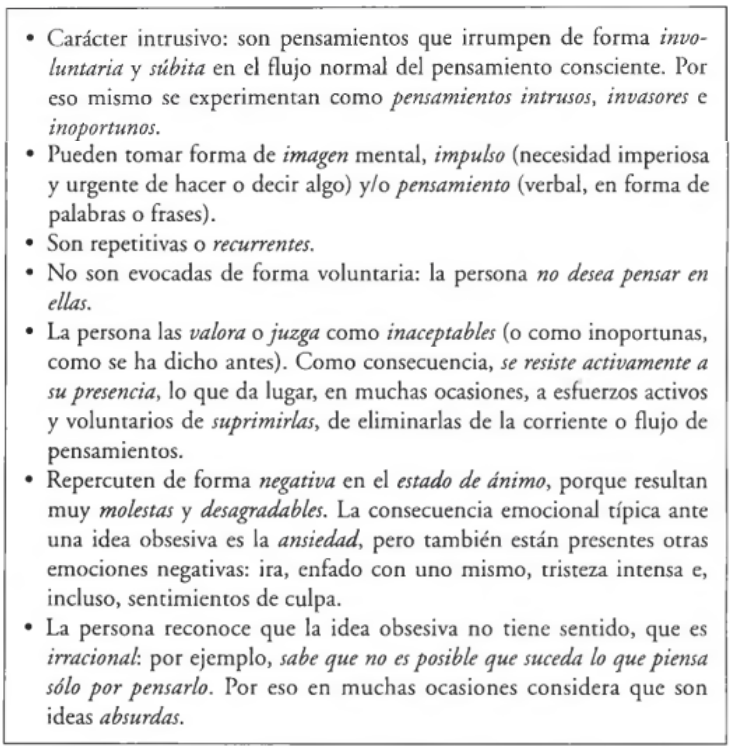
En otras palabras, mientras que la mayoría de las personas puede ignorar estos pensamientos intrusivos, quienes padecen TOC los interpretan como señales significativas y, en consecuencia, desarrollan conductas compulsivas para neutralizarlos y evitar los posibles resultados temidos o las consecuencias catastróficas imaginadas.

Belloch et al. (2014), en la Figura 1 nos aporta las características que permiten delimitar conceptualmente las obsesiones, y Clark (2005, como se citó en Miró Barrachina y Pastor Sirera,

2012) las resume a cinco con la finalidad de distinguirlas de otros fenómenos cognitivos patológicos, como la rumiación depresiva o la preocupación ansiosa (Figura 2).

Figura 1

Características principales del concepto de obsesión según Belloch et al. (2014)



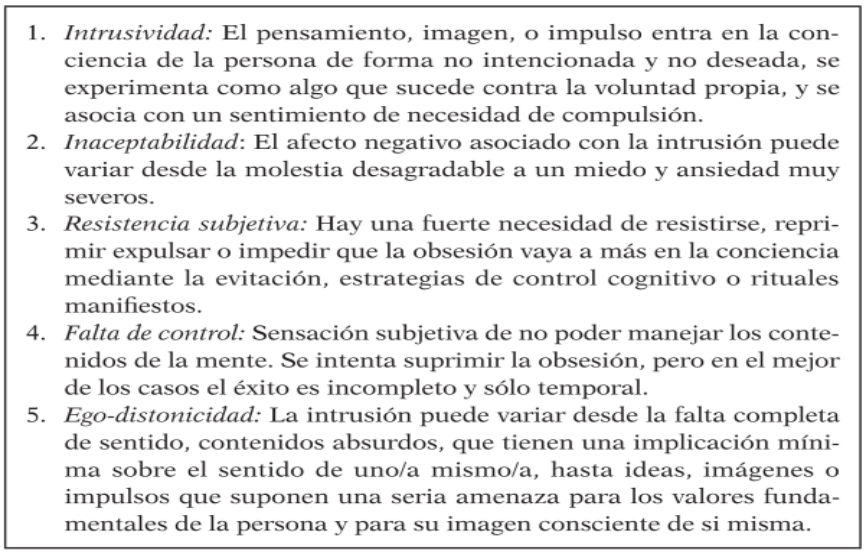
- Carácter intrusivo: son pensamientos que irrumpen de forma *involuntaria* y *súbita* en el flujo normal del pensamiento consciente. Por eso mismo se experimentan como *pensamientos intrusos*, *invasores* e *inoportunos*.
- Pueden tomar forma de *imagen* mental, *impulso* (necesidad imperiosa y urgente de hacer o decir algo) y/o *pensamiento* (verbal, en forma de palabras o frases).
- Son repetitivas o *recurrentes*.
- No son evocadas de forma voluntaria: la persona *no desea pensar en ellas*.
- La persona las *valora* o *juzga* como *inaceptables* (o como inoportunas, como se ha dicho antes). Como consecuencia, *se resiste activamente a su presencia*, lo que da lugar, en muchas ocasiones, a esfuerzos activos y voluntarios de *suprimirlas*, de eliminarlas de la corriente o flujo de pensamientos.
- Repercuten de forma *negativa* en el *estado de ánimo*, porque resultan muy *molestas* y *desagradables*. La consecuencia emocional típica ante una idea obsesiva es la *ansiedad*, pero también están presentes otras emociones negativas: ira, enfado con uno mismo, tristeza intensa e, incluso, sentimientos de culpa.
- La persona reconoce que la idea obsesiva no tiene sentido, que es *irracional*: por ejemplo, *sabe que no es posible que suceda lo que piensa sólo por pensarlo*. Por eso en muchas ocasiones considera que son ideas *absurdas*.

Nota. Adaptado de TOC: Obsesiones y Compulsiones. Tratamiento Cognitivo (pp. 17-18) por Belloch et al., 2014, Alianza Editorial.

Asimismo, es importante destacar, que los contenidos de las obsesiones pueden ser muy diversos. La Figura 3 muestra algunos de los temas más comunes de las obsesiones. Rasmussen & Eisen (1998, como se citó en Clark y Beck, 2012) observan a su vez que, entre todas las obsesiones, las más comunes son el miedo a la contaminación (50%) y la duda patológica (42%), mientras que la simetría (32%), la agresión (31%), el sexo (24%) y la religión (10%) son menos comunes.

Figura 2

Características diferenciales de las obsesiones patológicas según Clark (2004)



1. *Intrusividad:* El pensamiento, imagen, o impulso entra en la conciencia de la persona de forma no intencionada y no deseada, se experimenta como algo que sucede contra la voluntad propia, y se asocia con un sentimiento de necesidad de compulsión.
2. *Inaceptabilidad*: El afecto negativo asociado con la intrusión puede variar desde la molestia desagradable a un miedo y ansiedad muy severos.
3. *Resistencia subjetiva:* Hay una fuerte necesidad de resistirse, reprimir expulsar o impedir que la obsesión vaya a más en la conciencia mediante la evitación, estrategias de control cognitivo o rituales manifiestos.
4. *Falta de control:* Sensación subjetiva de no poder manejar los contenidos de la mente. Se intenta suprimir la obsesión, pero en el mejor de los casos el éxito es incompleto y sólo temporal.
5. *Ego-distonicidad:* La intrusión puede variar desde la falta completa de sentido, contenidos absurdos, que tienen una implicación mínima sobre el sentido de uno/a mismo/a, hasta ideas, imágenes o impulsos que suponen una seria amenaza para los valores fundamentales de la persona y para su imagen consciente de si misma.

Nota. Adaptado de Mindfulness en la Práctica Clínica (p. 176) por Miró Barrachina y Pastor Sirera, 2012, Desclée de Brauwer

Actualmente, se sabe que las obsesiones en forma de impulsos, como el deseo de insultar o agredir, son las más angustiosas, ya que tienden a ser más intensas y difíciles de manejar, lo que puede llevar a la evitación y al aislamiento (Rachman, 2003, como se citó en Cruzado Rodríguez, 2014). Por otro lado, las obsesiones en forma de imágenes, experiencias visuales vividas, son más breves y cesan con la distracción, mientras que los pensamientos obsesivos, que suelen estar relacionados con eventos pasados y rumiaciones de culpa, son la forma más común de obsesión.

Figura 3

Contenidos típicos de obsesiones

Agresivos o Empujar a alguien desde un piso alto o desde un balcón. o Tirar a un bebé escaleras abajo. o Atropellar a peatones. o Agredir a alguien por la espalda.	Autoagresivos o Clavarse objetos punzantes. o Estrellar el propio vehículo contra un árbol. o Romper un espejo con la cabeza. o Tirarse por la ventana.
Limpieza-contaminación o Ensuciarse por tocar objetos que toca mucha gente, como los pomos de las puertas, las barandillas de la casa.. o Contaminarse por no limpiar un objeto, o la ropa, cuando entra de la calle. o Contagiarse por usar vajilla o cubiertos de un restaurante. o Ensuciarse por tocar o acariciar a un animal.	Dudas o Si he cerrado bien el gas, las luces… o Si he cerrado bien las puertas y ventanas… o Si se habrá quedado algún grifo abierto y se inundará la casa. o Si llevo todos los documentos, las llaves… o Si he cerrado y frenado bien el coche. o Si habré atropellado a alguien sin darme cuenta. o Si he cometido un error en el trabajo.
Sexuales o Impulsos de quitar la ropa a un desconocido. o Imágenes de violar a alguien. o Pensamientos de abusar sexualmente de niños. o Pensamientos de tener sexo con animales. o Impulso de desnudarse en un lugar público.	Supersticiosas/mágicas o Tener mala suerte si no hago algo… o digo… determinadas cosas. o Suspender si no me pongo la ropa de esta forma. o Que mis padres tengan un accidente o me pase algo, si no hago… o digo… o Que pase una desgracia porque he visto este número, he tocado este objeto… o Que alguien de mi familia enferme porque si no pienso en algo bueno. o Que un ser querido enferme porque he visto cerca de mi casa un coche fúnebre. o Que mi futuro marido se reencarne en cerdo porque he visto una *caca* de perro.
Blasfemos o Imágenes sucias de figuras bíblicas. o Insultar a un sacerdote. o Desnudar una imagen de la Virgen. o Gritar obscenidades en la iglesia.	

Nota. Adaptado de TOC: Obsesiones y Compulsiones. Tratamiento Cognitivo (p. 19) por Belloch et al., 2014, Alianza Editorial.

El proceso mediante el cual se forma el contenido de las obsesiones varía ampliamente entre individuos, estando influenciado por experiencias personales, factores socioculturales y

eventos críticos en la vida de la persona (De Silva, 2003, como se citó en Clark y Beck, 2012). Por otra parte, el rol de la ansiedad en la relación funcional entre obsesión y compulsión ha sido tema de debate en las últimas décadas**.** De acuerdo con Gavino y Godoy (2010), cuando la obsesión está relacionada con la contaminación o la comprobación, la compulsión busca eliminar la ansiedad; sin embargo, en casos donde hay temor de hacer daño a otros, la ansiedad facilita la compulsión, cuyo objetivo es prevenir consecuencias negativas. Con este criterio, dividen las obsesiones en dos grupos tal como se ve en la Figura 4.

Figura 4

Tipos frecuentes de obsesiones según el rol de la ansiedad y la función de la compulsión



Nota. Adaptado de Trastorno Obsesivo-Compulsivo y de las Compulsiones (p. 4) por Gavino y Godoy, 2010, Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.

Aparición y mantenimiento de las obsesiones. Según Gavino y Godoy (2010), existen diversas maneras en las que pueden surgir pensamientos obsesivos, lo que eleva el nivel de ansiedad en las personas con TOC, especialmente al no poder predecir su aparición. Las mismas

pueden ser provocadas por estímulos externos o no (Aldaz Armendáriz & Sánchez Martín, 2005). Las principales formas de presentación son:

1. Obsesión Inesperada: Este tipo de obsesión aparece de manera repentina, sin ningún estímulo ambiental que la provoque. La persona puede estar ocupada en actividades cotidianas o pensando en algo no relacionado, y de pronto un pensamiento intrusivo se introduce en su mente. Por ejemplo, alguien puede estar paseando con un amigo, conversando sobre un tema trivial, cuando de repente le viene a la mente la palabra "muerte", lo que desencadena ansiedad al creer que algo terrible ocurrirá.

2. Obsesión Provocada por el Encuentro con el Estímulo Detonante: En este caso, la obsesión surge cada vez que la persona se enfrenta a un estímulo relacionado con el contenido de su obsesión. Por ejemplo, al escuchar a un bebé llorar o ver a uno en la televisión, la persona puede obsesionarse con la idea de hacerle daño al bebé.

3. Obsesión Provocada por el Encuentro con Estímulos Relacionados con las Conductas Neutralizadoras: Aquí, el pensamiento obsesivo surge al estar frente a estímulos que suelen utilizarse para neutralizar obsesiones. Un ejemplo es el uso de las rayas entre baldosas: si la persona suele evitar pisar las rayas para evitar que algo malo suceda, al ver las baldosas, aunque no tenga la obsesión en ese momento, el estímulo activa el pensamiento obsesivo con toda su fuerza.

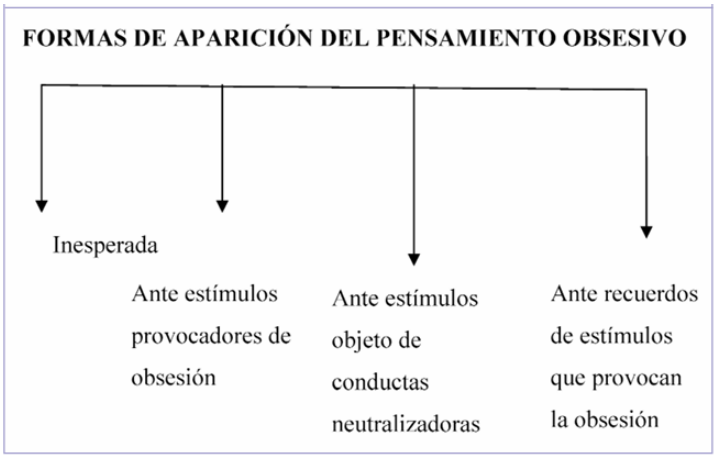
4. Obsesión Provocada por el Recuerdo de Ciertas Situaciones: El pensamiento obsesivo aparece cuando la persona recuerda situaciones que previamente desencadenaron

obsesiones. Por ejemplo, mientras ve una película, la persona recuerda a su sobrina de tres meses, lo que desencadena la obsesión de que podría hacerle daño.

Este resumen conjunto a la Figura 5, ilustra cómo las obsesiones pueden surgir en diferentes contextos, cada una con sus particularidades y mecanismos de activación.

Figura 5

Forma de aparición de las obsesiones



Nota. Adaptado de Trastorno Obsesivo-Compulsivo y de las Compulsiones (p. 11) por Gavino y Godoy, 2010, Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos

Ultimas consideraciones… Se ha estimado que, aunque alrededor del 5% de los pacientes con Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) considera que sus obsesiones y compulsiones son razonables (Foa & Kozak, 1993, como se citó en Hollander y Simeon, 2012), la mayoría reconoce el origen interno de las obsesiones, aunque se resisten a ellas. Según este autor, esto se debe a la duda constante en la que viven, ya que no logran reconciliar la información sensorial con sus creencias internas. Valaer Rubio (2015) sostiene que el paciente obsesivo es consciente de su condición, aunque le resulta difícil distinguir entre lo que es patológico y lo que no. Por ejemplo, un paciente puede considerarse excesivamente limpio y

escrupuloso, pero al mismo tiempo pensar que los comportamientos más relajados de otros son irresponsables; acepta que sus pensamientos son irracionales, pero sigue temiendo las consecuencias. En este contexto, según Hollander y Simeon (2012), el paciente intenta ignorar o suprimir los pensamientos o neutralizarlos. La *Resistencia*, en efecto, consistirá en luchar contra los pensamientos intrusivos, mientras que el *Control* se refiere a la capacidad del paciente para desviar dichos pensamientos.

No obstante, Aldaz Armendáriz y Sánchez Martín (2005) aclaran que la resistencia, aunque ha sido un criterio esencial para definir el TOC, ya no es un rasgo universal. En muchos casos, aunque el paciente inicialmente se resiste a las compulsiones, con el tiempo y tras repetidos fracasos, la resistencia disminuye, inclusive en pacientes con TOC crónico, la resistencia puede ser mínima o inexistente. Finalmente, y basándose en los estudios de De Silva y Rachman (1992) y Vallejo (1997), aseveran que cada subgrupo dentro del TOC presenta diferentes niveles de resistencia de forma que, los pacientes con tendencias dubitativas-comprobadoras muestran una resistencia alta, mientras que aquellos con rituales de limpieza tienen una resistencia moderada, y los pacientes enlentecidos presentan una resistencia baja.

¿… y una Compulsión?

El ritual compulsivo se describe como un comportamiento excesivo que disminuye el malestar del paciente o reduce el riesgo percibido, y que suele realizarse bajo una presión interna intensa, pese a que no siempre disminuyen la ansiedad, e inclusive con la persona intentando resistirse (Hollander y Simeon, 2012; Clark y Beck, 2012). Aunque las compulsiones pueden

aliviar la ansiedad, en algunos casos pueden exacerbarla, tanto si se realizan como si se evitan (Kaplan & Sadock, 2009).

Las compulsiones pueden manifestarse en comportamientos físicos, como lavarse las manos, o en actos mentales repetitivos, como repetir palabras mentalmente, y tienen la función de neutralizar o prevenir una obsesión (Cruzado Rodríguez, 2014).

Belloch et al. (2014) clarifican esta definición**,** y afirman que las compulsiones no siempre son estereotipadas ni responden a una necesidad inmediata, y pueden variar entre individuos. En definitiva, escriben Freeston y Ladouceur (2002), que la forma en que las personas afectadas organizan sus compulsiones, utilizando diversas estrategias incluso para una misma obsesión, es mucho más compleja de lo que se creía anteriormente.

Aquí es necesario precisar, que, aunque el paciente no desea realizar la compulsión, sigue siendo un acto voluntario, en contraste con acciones automáticas como tics o espasmos, que se interpretan como respuestas motoras involuntarias (Aldaz Armendáriz & Sánchez Martín, 2005). En palabras de Valaer Rubio (2015), así como el paciente es consciente de la irracionalidad de sus obsesiones, percibe la compulsión como egodistónica, es decir, no deseada. A pesar de que el comportamiento se considera "voluntario", puede diluirse con el tiempo hasta el punto de que el paciente se obsesiona también con la forma en que realiza las compulsiones (Belloch et al., 2014). El carácter de "voluntario", entonces, en un sujeto que no puede escapar de la compulsión o se ve impelida o forzada a realizarla pese al tiempo que consume y la magnitud con que afecta su calidad de vida, es cuanto menos, dudoso y cuestionable.

La mayoría de los investigadores están de acuerdo en que los rituales compulsivos están asociados a obsesiones específicas. Por ejemplo, la obsesión por estar contaminado puede llevar

a la necesidad de lavarse repetidamente, o la duda sobre si se ha cerrado el gas puede provocar múltiples comprobaciones. Sin embargo, en algunos casos, la relación entre la obsesión y la compulsión no es clara y se considera "mágica", como el uso de números o letras para neutralizar pensamientos no deseados (Turner & Beidel, 1988, como se citó en Aldaz Armendáriz y Sánchez Martín, 2005; Belloch et al., 2014; Gavino y Godoy, 2010).

A su vez, los autores anteriormente citados, sostienen que la misma obsesión puede desencadenar diferentes compulsiones según el contexto. Por ejemplo, la obsesión por la contaminación siempre llevará a conductas de limpieza, pero la manera en que se realiza puede variar según las circunstancias: De este modo, aunque el tipo de compulsión permanezca igual, la forma en que se lleva a cabo puede variar. Por ejemplo, en el caso de la compulsión por contaminación, las conductas aceptables seguirán siendo las de limpieza y lavado, pero la manera de realizar estas acciones, así como los productos o métodos empleados, puede cambiar según el contexto.

Entre las compulsiones abiertas más comunes están los rituales de comprobación (61%), lavado o limpieza (50%), y búsqueda de reconfirmación (34%), mientras que otras, como las compulsiones de simetría o precisión (28%) y acumulación (18%), son menos frecuentes (Rasmussen & Eisen, 1998, como se citó en Clark y Beck, 2012). Cruzado Rodríguez (2014), identifica que ambas modalidades (comprobación/limpieza) describen los dos modos característicos que puede adoptar el comportamiento compulsivo: Una forma es asegurarse de que no ha ocurrido ningún daño o error; esto puede realizarse de manera física, como revisar el gas o la luz, o buscando confirmación de otros (por ejemplo, preguntando si ven algún problema), así como a nivel cognitivo, mediante un repaso mental de las acciones realizadas, y la otra modalidad consiste en reparar el posible daño o error, lo que puede incluir lavar lo que está

sucio, organizar lo desordenado, rezar por el perdón, o emplear estrategias cognitivas como imaginar situaciones agradables o repetirse frases positivas.

Hollander y Simeon (2012) describen a los pacientes "*Comprobadores*" como individuos que viven con una duda patológica y que nunca logran resolverla, lo que los lleva a comprobar compulsivamente. Frecuentemente, la verificación no elimina la incertidumbre, e incluso puede intensificarla en algunos casos. Investigadores como Rachman, así como Guidano y Liotti (2002; 1983, ambos citados en Miró Barrachina y Pastor Sirera, 2012), han vinculado este síntoma con la incapacidad para lograr una sensación de certeza. Por otro lado, el quid de los pacientes "*Limpiadores*" es la preocupación por la suciedad y los gérmenes (que puede dispararse tanto como si entran en contacto directo o indirecto), lo que los lleva a pasar horas lavándose o evitando el contacto con objetos que consideran contaminados (Hollander y Simeon, 2012; Miró Barrachina y Pastor Sirera, 2012).

Foa & Kozak (1995, como se citó en Hollander y Simeon, 2012) encontraron que el 80% de los pacientes con TOC tenía compulsiones mentales, y entre el 10% y 25% de estos sufrían principalmente de obsesiones puras (Rachman & Hodgson, 1980, como se citó en Clark y Beck, 2012). Aldaz Armendáriz y Sánchez Martín (2005) definen los rituales cognitivos como actos mentales específicos que se realizan de manera repetitiva, como recitar una oración o revisar mentalmente conversaciones pasadas. Estas compulsiones tienen el mismo objetivo que las compulsiones conductuales: neutralizar los pensamientos intrusivos con el fin de prevenir algún tipo de daño o desastre.

Los rituales cognitivos suelen ser tan frecuentes, y se dan de forma tan privada, que es deber del profesional investigarlos en profundidad para que no pasen desapercibidos. A estas alturas, es importante entender que los pensamientos compulsivos pueden ser idénticos a la

obsesión, como ocurre con un paciente que, al sospechar que ha cometido un error, revisa mentalmente la secuencia de sus acciones para confirmarse que no ha causado ningún daño, lo que crea una secuencia continua de intrusión-neutralización-intrusión (Cruzado Rodríguez, 2014).

En cuanto a la presentación sintomática, si bien existe la manifestación agrupada de algunos síntomas O-C, en la clínica se observa en general una suposición entre ellos, y en general, 60% de los pacientes con TOC presenta más de un tipo de obsesión o compulsión (Hollander y Simeon, 2012; Cruzado Rodríguez, 2014).

Es consabido, además, que muchos de los rituales conducen a una ralentización del funcionamiento del paciente, dado que implican acciones complejas que deben realizarse incluso antes de las actividades más cotidianas, y donde en los casos más severos de estos trastornos, la persona puede quedar totalmente paralizada e incapacitada, atrapada por sus propios miedos y creencias (Valaer Rubio, 2015). Esta es la característica principal del raro el "*Síndrome de la Lentitud Obsesiva Primaria"* que se caracteriza por una incapacidad para realizar tareas cotidianas debido a la ausencia de certeza, aunque los pacientes no experimentan necesariamente altos niveles de ansiedad (Hollander y Simeon, 2012).

En esta línea, y en consonancia con las particularidades menos conocidas del TOC, Monzani et al. (2015, como se citó en Bados, 2017) describen las "*Obsesiones de Transformación o Mutación*", un tipo raro de obsesión en la que el paciente teme transformarse en otra persona o en un objeto. Este tipo de obsesión, aunque extraño, puede ser confundido con trastornos psicóticos si no se diagnostica adecuadamente.

Aparición y mantenimiento de las Compulsiones. Las compulsiones pueden clasificarse en diversas modalidades (en la Figura 6 pueden verse ejemplos específicos de cada modalidad):

1. Compulsiones propiamente dichas. Rachman y Shafran (1998) define sus elementos más importantes:

   Son acciones repetitivas, estereotipadas e intencionales. Las condiciones necesarias y suficientes para describir una conducta repetitiva como compulsiva son la experimentación de una sensación de urgencia para actuar y la atribución de esta presión a fuentes internas. El que se produzca resistencia es un elemento confirmatorio importante, pero no es ni necesario ni suficiente [...] la urgencia de llevarlas a cabo puede ser tan fuerte que la persona las realiza pese a sus inclinaciones racionales. La conducta compulsiva es fuente de un considerable malestar [...] pero la actividad compulsiva se refuerza repetidamente por sus propiedades ansiolíticas temporales. (pp. 53-54)

2. Neutralización. Este término se ha utilizado históricamente en un sentido más limitado, refiriéndose a una estrategia de afrontamiento que consistían en «intentos de organizar las cosas», pero únicamente en un plano interno para contrarrestar los efectos de pensamientos obsesivos, y que generaban un efecto ansiolítico de corto plazo. Ejemplos de esta concepción restringida de neutralización incluyen los «pensamientos positivos» o «de contraste» que se generan como respuesta a los «pensamientos negativos» (Belloch et al., 2014). No obstante, actualmente se comprende que la neutralización abarca cualquier actividad iniciada de manera voluntaria con el fin de disminuir el

malestar vinculado a la obsesión, ya sea una acción mental o comportamental. Por lo tanto, el espectro de respuestas a las obsesiones que se consideran dentro de este concepto es tan amplio que casi cualquier estrategia (conductas de seguridad, evitación, vigilancia sobre las obsesiones y razonamiento sobre su posible viabilidad, entre otras) parece encajar en él (Gavino y Godoy, 2010).

Cruzado Rodríguez (2014) señala varias diferencias que permiten no intercalar la neutralización con el término «compulsión»: a) la neutralización no se rige por reglas fijas y estereotipadas, a diferencia de la compulsión; b) no hay intentos de resistirse a la neutralización, como sí ocurre con la compulsión; y c) la persona puede considerar la conducta de neutralización como lógica y beneficiosa. Por ejemplo, neutralizar un pensamiento negativo puede implicar actividades como tocar el piano, aumentar el volumen de la música o llamar a un amigo.

3. Comportamientos de Evitación. La evitación de situaciones o estímulos que desencadenan obsesiones es una estrategia común en el TOC, especialmente en los casos de "obsesiones puras" (por ejemplo, "evito encontrarme con alguien porque, durante nuestras interacciones, me asalta la idea obsesiva de que estoy loca; o escondo cuchillos y objetos afilados en mi hogar, ya que al verlos surgen pensamientos sobre hacer daño a otros o a mí mismo"), o en situaciones de contaminación, donde la persona tiende a evitar circunstancias o estímulos que la "obligarían" a llevar a cabo compulsiones, como tocar objetos en lugares públicos (Gavino y Godoy, 2010). Este fenómeno puede llegar a ser extremadamente grave mediante un proceso de generalización, limitando significativamente las actividades de la persona afectada, e

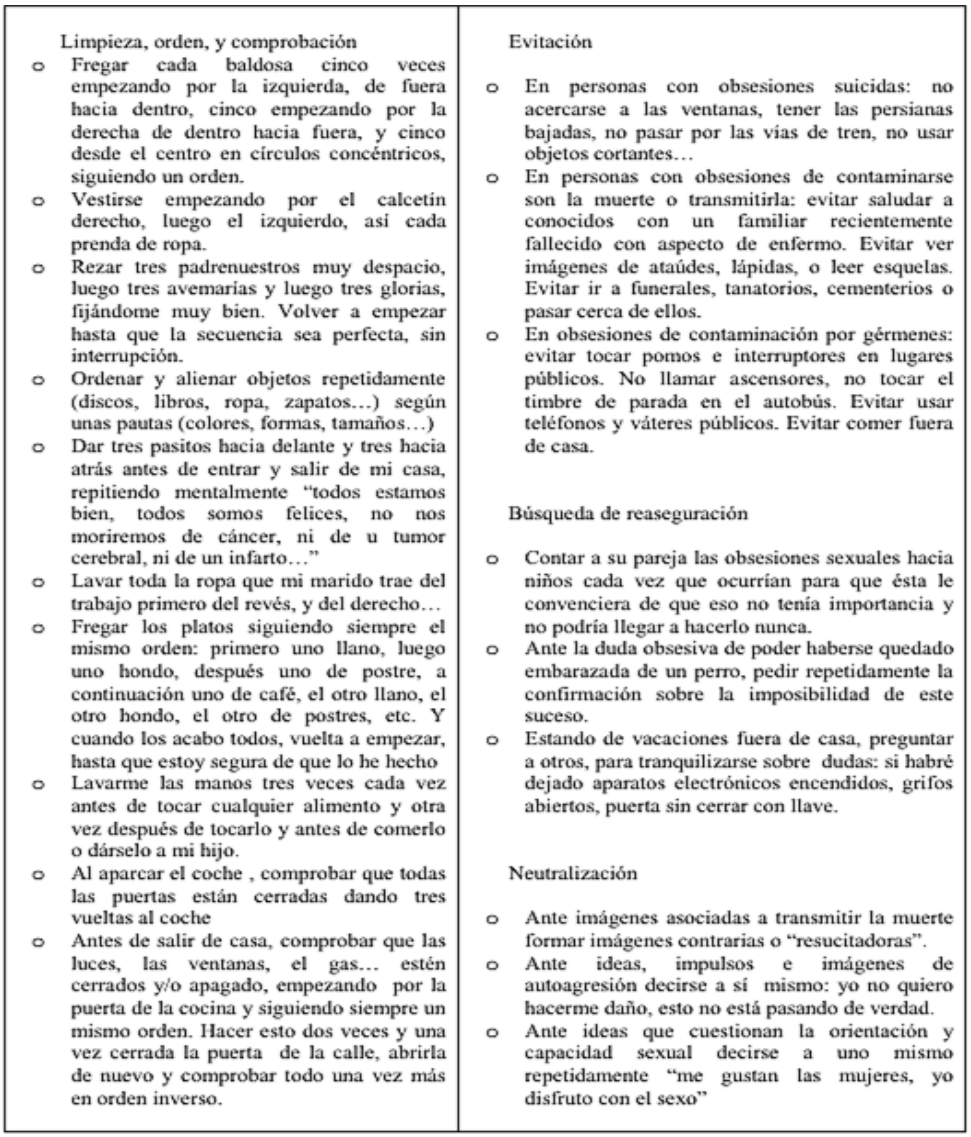
impactando en la vida de sus familiares, quienes se ven obligados a cambiarse de ropa y calzado al llegar a casa, dejando todo en un armario en la entrada (Belloch et al., 2014).

4. Comportamientos de Seguridad y Búsqueda de Reaseguración. Son acciones que no son repetitivas, pero reducen temporalmente la ansiedad vinculada a las obsesiones. Estas incluyen pedir confirmación a otras personas sobre si han realizado ciertas acciones para que los tranquilicen, o si un evento temido, como atropellar a alguien, ha ocurrido (Gavino y Godoy, 2010). Rachman y Shafran (1998, como se citó en Belloch et al., 2014) sostienen que estas conductas son una especie de compulsión que resulta complicada de diferenciar de los intentos de recurrir a otras personas para llevar a cabo las verificaciones, como cuando se pregunta a la pareja al salir de casa si ha revisado las puertas y ventanas, solicitándole que lo haga si no lo ha hecho. Una característica significativa de este tipo de comportamientos es que la persona "transfiere" parte de la responsabilidad a los demás, algo que se puede notar cuando buscan reasegurarse con el profesional en la consulta.

Asimismo, es imprescindible describir las dos formas de aparición por excelencia de las conductas compulsivas. Según Gavino y Godoy (2010), estas pueden manifestarse de dos maneras principales. La primera ocurre después del pensamiento obsesivo, donde la compulsión ocurre en respuesta directa a la obsesión, y puede estar vinculado con ella, o, por el contrario, no guardar ningún tipo de relación, ya sea que la obsesión se haya recordado o aparecido en ese momento. La segunda forma es independiente de la obsesión, donde la compulsión ha adquirido un carácter autónomo y se realiza sin que el pensamiento obsesivo haya surgido, actuando

Figura 6

Ejemplos de compulsiones



Limpieza, orden, y comprobación

- Fregar cada baldosa cinco veces empezando por la izquierda, de fuera hacia dentro, cinco empezando por la derecha de dentro hacia fuera, y cinco desde el centro en círculos concéntricos, siguiendo un orden.
- Vestirse empezando por el calcetín derecho, luego el izquierdo, así cada prenda de ropa.
- Rezar tres padrenuestros muy despacio, luego tres avemarías y luego tres glorias, fijándome muy bien. Volver a empezar hasta que la secuencia sea perfecta, sin interrupción.
- Ordenar y alienar objetos repetidamente (discos, libros, ropa, zapatos…) según unas pautas (colores, formas, tamaños…)
- Dar tres pasitos hacia delante y tres hacia atrás antes de entrar y salir de mi casa, repitiendo mentalmente "todos estamos bien, todos somos felices, no nos moriremos de cáncer, ni de u tumor cerebral, ni de un infarto…"
- Lavar toda la ropa que mi marido trae del trabajo primero del revés, y del derecho…
- Fregar los platos siguiendo siempre el mismo orden: primero uno llano, luego uno hondo, después uno de postre, a continuación uno de café, el otro llano, el otro hondo, el otro de postres, etc. Y cuando los acabo todos, vuelta a empezar, hasta que estoy segura de que lo he hecho
- Lavarme las manos tres veces cada vez antes de tocar cualquier alimento y otra vez después de tocarlo y antes de comerlo o dárselo a mi hijo.
- Al aparcar el coche , comprobar que todas las puertas están cerradas dando tres vueltas al coche
- Antes de salir de casa, comprobar que las luces, las ventanas, el gas… estén cerrados y/o apagado, empezando por la puerta de la cocina y siguiendo siempre un mismo orden. Hacer esto dos veces y una vez cerrada la puerta de la calle, abrirla de nuevo y comprobar todo una vez más en orden inverso.

Evitación

- En personas con obsesiones suicidas: no acercarse a las ventanas, tener las persianas bajadas, no pasar por las vías de tren, no usar objetos cortantes…
- En personas con obsesiones de contaminarse son la muerte o transmitirla: evitar saludar a conocidos con un familiar recientemente fallecido con aspecto de enfermo. Evitar ver imágenes de ataúdes, lápidas, o leer esquelas. Evitar ir a funerales, tanatorios, cementerios o pasar cerca de ellos.
- En obsesiones de contaminación por gérmenes: evitar tocar pomos e interruptores en lugares públicos. No llamar ascensores, no tocar el timbre de parada en el autobús. Evitar usar teléfonos y váteres públicos. Evitar comer fuera de casa.

Búsqueda de reaseguración

- Contar a su pareja las obsesiones sexuales hacia niños cada vez que ocurrían para que ésta le convenciera de que eso no tenía importancia y no podría llegar a hacerlo nunca.
- Ante la duda obsesiva de poder haberse quedado embarazada de un perro, pedir repetidamente la confirmación sobre la imposibilidad de este suceso.
- Estando de vacaciones fuera de casa, preguntar a otros, para tranquilizarse sobre dudas: si habré dejado aparatos electrónicos encendidos, grifos abiertos, puerta sin cerrar con llave.

Neutralización

- Ante imágenes asociadas a transmitir la muerte formar imágenes contrarias o "resucitadoras".
- Ante ideas, impulsos e imágenes de autoagresión decirse a sí mismo: yo no quiero hacerme daño, esto no está pasando de verdad.
- Ante ideas que cuestionan la orientación y capacidad sexual decirse a uno mismo repetidamente "me gustan las mujeres, yo disfruto con el sexo"

Nota. Adaptado de TOC: Obsesiones y Compulsiones. Tratamiento Cognitivo (p. 19) por Belloch et al., 2014, Alianza Editorial.

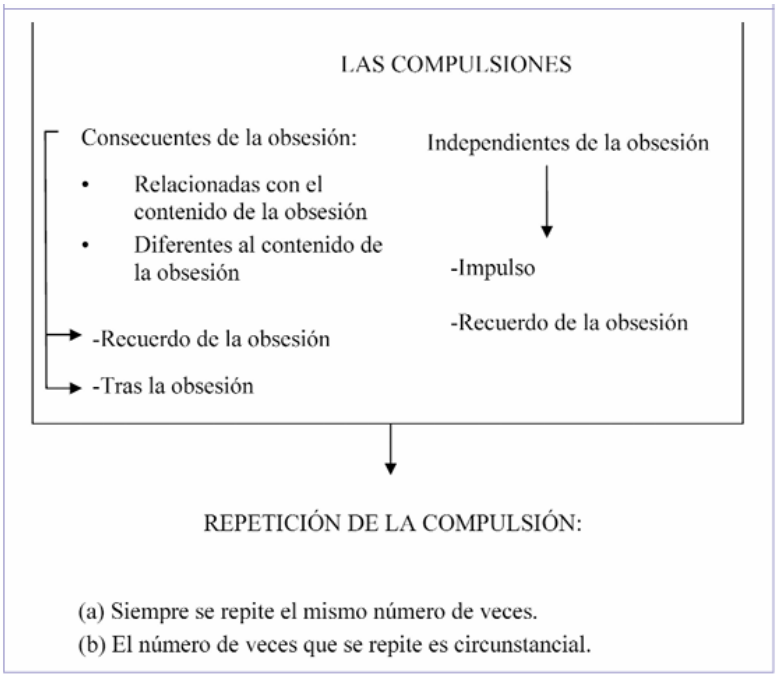
impulsivamente o por hábito. Además, la repetición de estas conductas puede darse de dos formas: con un número fijo de repeticiones, que la persona repite de manera fija y constante para cada obsesión (dicho número, aunque estable, puede variar entre obsesiones); o con un número

variable, donde la repetición de la compulsión no está fijada previamente, varía según el momento en que ocurre, y se detiene cuando la ansiedad disminuye.

La Figura 7 resume todo lo comentado hasta aquí.

Figura 7

Formas de aparición, y tipos de repetición



Nota. Adaptado de Trastorno Obsesivo-Compulsivo y de las Compulsiones (p. 12) por Gavino y Godoy, 2010, Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.

Ultimas consideraciones. Finalizando este apartado, es imprescindible destacar que no todas las conductas etiquetadas como "compulsivas" corresponden al Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Algunas actividades, como comer en exceso, el juego, la conducta sexual o el consumo de alcohol, pueden considerarse compulsivas cuando se realizan de manera desmedida. No obstante, a diferencia de las compulsiones del TOC, estas conductas suelen experimentarse como placenteras, aunque puedan tener consecuencias negativas (Cruzado Rodríguez, 2014).

Por otro lado, Hollander y Simeon (2012) indican que si bien ciertos pensamientos perturbadores, rumiaciones o preocupaciones pueden parecer similares a las obsesiones del TOC porque la persona no puede evitar pensar en ellos, estos se diferencian porque no son egodistónicos. Es decir, la persona los considera justificados, aunque puedan ser desmesurados.

Taxonomía del Trastorno Obsesivo-Compulsivo

Los síntomas y manifestaciones del TOC varían considerablemente, lo que hace que las personas diagnosticadas muestren rasgos muy distintos entre sí, dificultando así su clasificación o denominación. Sin embargo, a partir de la observación clínica de los pacientes afectados con Trastorno Obsesivo-Compulsivo, se han realizado intentos de descripciones, y categorizado las obsesiones y compulsiones.

Las primeras sistematizaciones TOC, se realizaron de forma categorial de acuerdo con el tipo de Obsesión presentada, o la forma de Compulsión utilizada. Hoy en día, la distinción más relevante es aquella que se realiza según la Presencia o Ausencia de Compulsión dentro del Cuadro. Belloch et al. (2014), resumen las propuestas de los autores más importantes a lo largo de los años (Marks, 1987; De Silva y Rachman, 1992; Insel, 1984/5; Foa, Steketee y Ozarov, 1985; Kozak, Foa y Mc-Carthy, 1987), describiendo siete categorías, no excluyentes entre sí:

1. Obsesiones puras.
2. Compulsiones de limpieza/lavado.
3. Compulsiones de comprobación.
4. Compulsiones de repetición.
5. Compulsiones de orden.

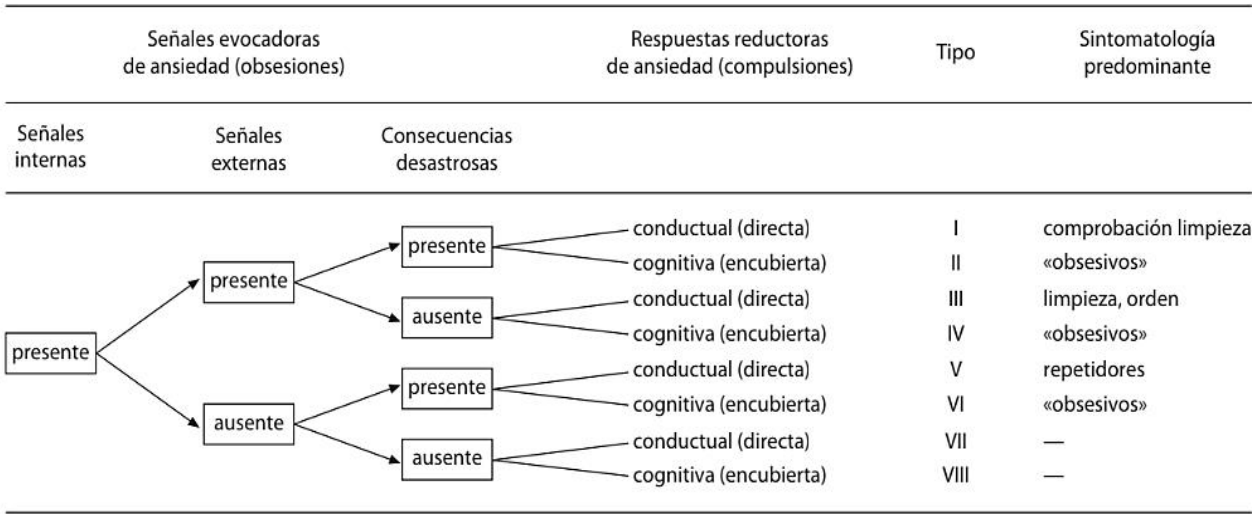
6. Compulsiones de acumulación.
7. Lentitud obsesiva.

Foa y otros expertos en el campo han cuestionado los enfoques tradicionales para clasificar el TOC, señalando que estos sistemas de clasificación no ofrecen guías efectivas para su tratamiento. En 1988, Kozak y colaboradores (como se citó en Belloch et al., 2020) propusieron un modelo de clasificación para el TOC que se fundamentó en dos elementos clave: los estímulos que generan ansiedad y el tipo de actividad (ya sea motora o cognitiva) que permite reducir o eliminar esa ansiedad.

Esta clasificación identifica ocho subtipos de obsesiones y compulsiones, aunque en la práctica clínica se han observado solo seis de ellos (ver Figura 8). Además, este sistema facilita la vinculación de ciertos subtipos del TOC con opciones específicas de tratamiento.

Figura 8

Clasificación de las obsesiones y compulsiones según Kozak, Foa y McCarthy (1988)



Nota. Adaptado de Manual de Psicopatología: V. II (p. 200) por Belloch et al.,2009, McGrawHill

Desde una perspectiva teórica, sería posible concebir un cuarto subtipo de obsesiones caracterizado por la ausencia tanto de señales externas como de temor a una catástrofe futura. No

obstante, la falta de evidencia de este patrón sugiere que es improbable que un pensamiento repetitivo provoque la intensidad de ansiedad típica de una obsesión si no está asociado con la prevención de un evento negativo o la necesidad de restablecer una situación que se percibe como segura. En conclusión, se considera que tanto el miedo a consecuencias catastróficas como la presencia de señales externas pueden ser factores fundamentales para la aparición de obsesiones (Belloch et al., 2020).

En 2003, Lee y Kwon (como se citó en Bados, 2017), formularon un modelo taxonómico que distingue entre Obsesiones Autógenas y Reactivas. Esta clasificación, además de incluir el Tipo de Contenido de la Obsesión y el Estilo de Compulsión, permite organizar los Cuadros TOC, a partir de la Facilidad Discriminativa del Desencadenante, la Conciencia de Enfermedad, la Irracionalidad Percibida, entre otros. La Figura 9, resume las principales características de cada uno, y sus consecuentes diferencias.

En términos generales, las obsesiones autógenas se caracterizan por aparecer de manera repentina y sin un estímulo claro que las dispare, lo que conduce a la persona a emplear diversas estrategias de neutralización (parada de pensamiento, actividades distractoras, contraimágenes, rezar, repeticiones, autocastigo, etc.) con el fin de neutralizar estos pensamientos (Peralta López, 2017). Por otro lado, las obsesiones reactivas son provocadas por estímulos externos identificables, que se perciben como lo suficientemente racionales “como para hacer algo al respecto”, motivo por el cual la persona tiende a realizar conductas observables (limpiar, comprobar, ordenar, acumular, etc.) para lograr seguridad o tranquilidad (Peralta López, 2017).

Figura 9

Obsesiones Autógenas y Reactivas: El Modelo de Lee y Kwon (2003).

Características	*Obsesiones autógenas*	*Obsesiones reactivas*
Facilidad para identificar estímulos desencadenantes	Relativamente difícil	Relativamente fácil
Conexión entre el contenido del pensamiento y los estímulos desencadenantes	Escasa Simbólica o asociativa	Alta Realista y lógica
Ejemplos típicos	Temas sexuales; actos agresivos o violentos; conductas blasfemas o inmorales; comportamientos socialmente reprobables; escenas o situaciones muy desagradables.	Pensamientos sobre contaminación o suciedad; dudas sobre errores o accidentes; pensamientos sobre desorden o asimetría; pensamientos sobre pérdidas o descuidos de cosas u objetos importantes
Egodistonía	Alta	Baja
Irracionalidad percibida	Alta	Baja
Facilidad para ser distinguidas de los pensamientos automáticos	Alta	Baja
Conducta posterior	Habitualmente encubierta y de evitación	Habitualmente manifiesta y de confrontación
Compulsiones	Obsesiones puras, rumiación, etc.	Limpiar, comprobar, ordenar, acumular, repetir, etc.

Nota. Adaptado de TOC: Obsesiones y Compulsiones. Tratamiento Cognitivo (p. 77), por Belloch et al., 2014, Alianza Editorial.

Belloch et al. (2014) señalan que la diferencia clave entre ambos tipos de obsesiones radica en el tipo de egodistonía que provocan, y no en la presencia/ausencia del estímulo licitante. Las obsesiones autógenas son egodistónicas debido a su contenido (agresivo, sexual, blasfemo, socialmente reprobable, duda desagradables), que suele ser aversivo para la persona por ir en contra de sus valores o principios, mientras que las obsesiones reactivas son egosintónicas en el sentido de que el contenido no es molesto per se, ya que aluden a cuestiones

de la vida cotidiana (estar limpios, evitar contaminarse o enfermar, mantener el orden, no cometer errores, evitar peligros, etc.), pero egodistónicas por su elevada frecuencia y la interferencia que propician en las distintas áreas de la persona por el tiempo que consumen.

Otra distinción importante entre estos dos tipos de obsesiones es la percepción de racionalidad del contenido (Belloch et al., 2014). Las obsesiones autógenas (p. ej., el pensamiento de acuchillar a un familiar), suelen tener un contenido más extraño y absurdo, lo que hace que la persona las perciba como irracionales, en cambio, el contenido de las obsesiones reactivas (p. ej., pensar que la puerta ha quedado abierta y que puede entrar alguien, o simplemente pensar que los objetos están desordenados) está relacionado con situaciones más realistas de la vida cotidiana, lo que genera una mayor percepción de probabilidad de ocurrencia. Cruzado Rodríguez (2014) señala que en las Obsesiones Autogenas, los estímulos evocadores se asocian con los pensamientos obsesivos de manera simbólica o ilógica. Esto puede llevar al paciente a otorgar gran importancia a estos pensamientos, creando una fusión pensamiento-acción que puede ser de tipo moral, donde tener un pensamiento agresivo es percibido como equivalente a realizarlo, o de tipo probabilístico, donde se cree que pensar en un evento negativo aumenta la probabilidad de que ocurra. Según Rachman (2003, como se citó en Márquez-González et al., 2014), la fusión pensamiento-acción es un aspecto central en muchos casos de Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC). En las Obsesiones Reactivas, los pacientes tienden a sobreestimar su responsabilidad y control sobre la ocurrencia o prevención de eventos negativos, como contaminarse, ser robados o que alguien entre en su casa, siendo el núcleo de su ansiedad la Responsabilidad Excesiva con la que se manejan (Márquez-González et al., 2014). Como resultado, el grado de discernimiento en un mismo paciente puede cambiar con el tiempo y dependiendo del tipo de obsesión; por ejemplo, un paciente podría reconocer que su miedo a la

contaminación es irracional, pero al mismo tiempo tener poca conciencia sobre lo irracional que es su temor a dañar a otros (Abramowitz, 2006, como se citó en Valaer Rubio, 2015).

Las estrategias utilizadas para manejar estos tipos de obsesiones también son diferentes. En las obsesiones reactivas, la persona realiza conductas específicas con el fin de prevenir consecuencias negativas o reducir el malestar, mientras que, en las autógenas, el objetivo principal es suprimir el pensamiento en sí, o en otras palabras "dejar de pensar" (Peralta López, 2017).

El Rol de las Experiencias Not Just Right en el TOC: Características y Relevancia Clínica

De acuerdo con Páez y Freda (s.f.), las experiencias *Not Just Right* (NJRE a partir de ahora) hacen referencia a sensaciones subjetivas de incompletud o imperfección, que generan la percepción incómoda de que algo no está como debería estar, lo que provoca en la persona la necesidad de realizar conductas repetitivas o ritualizadas para aliviar el malestar que estas sensaciones provocan. Según Coles et al. (2003), las NJRE pueden manifestarse como sensaciones físicas o impulsos en lugar de pensamientos, y su naturaleza perceptiva las distingue de las creencias perfeccionistas tradicionales. Este constructo ha sido descrito como un fenómeno característico del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), particularmente relacionado con los subtipos de síntomas como la simetría, el orden y el lavado.

Asimismo, Coles et al. (2003), destacan que estas experiencias están relacionadas con una necesidad de alcanzar una percepción de que las cosas están "bien" o "correctas". Estas sensaciones suelen incluir aspectos como el orden, la simetría, la textura, y pueden estar vinculadas con la percepción física, mental o emocional del individuo. Por ejemplo, una persona

puede sentir que la colocación de un objeto no es la adecuada y reorganizarlo repetidamente hasta que la sensación de incomodidad desaparezca (Bados, 2017).

Summerfeldt (2004, como se citó en Gertrudis Fornés et al., 2016) introduce dos dimensiones afectivo-motivacionales para entender el TOC: la evitación del daño y la incompletud. Las NJRE se sitúan dentro de esta última, lo que sugiere que estas experiencias no están necesariamente motivadas por el miedo a un daño potencial, sino por la necesidad de lograr una sensación específica de corrección o completud.

En su Tesis Doctoral, Fornés Romero (2017) establece una diferenciación operativa entre la *Sensación de Inacabado* (SI), entendida como una variable motivacional subyacente que impulsa la repetición o prolongación de las conductas compulsivas, y las experiencias *Not Just Right* (NJRE), conceptualizadas como una respuesta perceptiva o sensorial de desajuste subjetivo que precede o acompaña al acto compulsivo. Ambas variables, aunque correlacionadas, representan dimensiones parcialmente independientes dentro de la fenomenología obsesivo-compulsiva, contribuyendo conjuntamente a la experiencia subjetiva de incompletud que caracteriza a muchos pacientes con TOC.

Además, este mismo autor, constató que las NJRE presentan una elevada correlación con síntomas de orden, simetría y comprobación, y que su presencia predice la gravedad de los síntomas obsesivo-compulsivos incluso por encima de las creencias disfuncionales. En este sentido, la repetición de compulsiones puede entenderse como un intento de aliviar el malestar asociado con estas experiencias (Coles et al., 2003).

En cuanto a su importancia dentro del TOC, diversos autores han señalado la relevancia de las NJRE como factores motivadores clave en el desarrollo y mantenimiento de los síntomas

obsesivo-compulsivos. Gertrudis Fornés et al. (2016) proponen que estas experiencias tienen un papel causal en los síntomas del TOC, más allá de ser simples epifenómenos. La incapacidad de las personas con TOC para alcanzar un estado deseado las lleva a experimentar continuamente NJRE, lo que aumenta su compromiso en conductas compulsivas.

Como se ha comentado, las NJRE están particularmente vinculadas con algunos subtipos específicos de TOC, como es el caso de la simetría, orden, acumulación y comprobación. Lerma Alarcón (2023) resalta que, dependiendo de la motivación subyacente, estas experiencias pueden manifestarse de maneras distintas. Por ejemplo, un paciente puede realizar compulsiones de lavado no por temor a la contaminación, sino por la necesidad de que sus manos se sientan de una manera “perfecta” o “correcta”. Además, otros estudios, como el de Gertrudis Fornés et al. (2016), han demostrado que las NJRE están más relacionadas con ciertas compulsiones específicas, como las de orden y comprobación, en comparación con otras, como las de contaminación. Esto sugiere que las NJRE podrían representar una dimensión separada dentro de los fenómenos obsesivo-compulsivos, distinta de los impulsos asociados con la evitación del daño.

Es importante entender que, aunque las NJRE han sido tradicionalmente estudiadas en el contexto del TOC, también han mostrado relevancia en otros trastornos emocionales. Fergus (2013, como se citó en Gertrudis Fornés et al., 2016) encontró que estas experiencias se relacionan con síntomas de depresión, ansiedad generalizada y ansiedad social. Este enfoque transdiagnóstico podría ayudar a explicar la elevada comorbilidad entre el TOC y otros trastornos emocionales.

En relación con su abordaje terapéutico, Vicente (2020) señala que la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y la Exposición con Prevención de Respuesta (EPR) constituyen los

tratamientos de primera línea para disminuir la frecuencia e intensidad de las NJRE. No obstante, su aplicación requiere ciertas adaptaciones específicas, entre ellas, la exposición progresiva y sostenida a las situaciones que generan malestar, así como la incorporación de estrategias cognitivas dirigidas a modificar las interpretaciones erróneas asociadas a las NJRE. En particular, se trabaja sobre las creencias disfuncionales vinculadas con el perfeccionismo y la intolerancia a la incertidumbre, que suelen mantener y reforzar este tipo de experiencias.

Criterios Diagnósticos según el DSM-5 y la CIE-10

Investigaciones recientes han mostrado que el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) y los trastornos del espectro obsesivo se distinguen significativamente de los trastornos de ansiedad tanto a nivel fenomenológico como conductual (Peralta López, 2017). Estas diferencias también se reflejan en aspectos neurobiológicos: mientras que en los trastornos de ansiedad se observa una disfunción en la amígdala y la corteza prefrontal, el TOC está asociado con alteraciones en el circuito órbito-fronto-estriato-pálido-talámico (Marras et al., 2016, como se citó en Lozano-Vargas, 2017). Además, el TOC y los trastornos relacionados muestran diferencias en su curso, comorbilidad, antecedentes familiares, factores genéticos y biomarcadores, antecedentes personales, procesamiento cognitivo-emocional y respuesta al tratamiento (Castelló Pons, 2014).

En respuesta a estas diferencias, el DSM-5 (2014), reubicó el TOC de la categoría de trastornos de ansiedad a una nueva sección titulada "Trastorno Obsesivo-Compulsivo y Trastornos Relacionados". Esta sección incluye diagnósticos como el TOC, el trastorno dismórfico corporal, el trastorno de acumulación, la tricotilomanía y el trastorno de excoriación,

entre otros. Todos estos trastornos se caracterizan por comportamientos repetitivos o compulsiones (Peralta López, 2017). Por otro lado, la CIE-10 clasifica el TOC bajo el código F.42, dividiéndolo en varias subcategorías: F42.0 con predominio de pensamientos obsesivos; F42.1 con predominio de actos compulsivos; y F42.2 con mezcla de pensamientos y actos compulsivos, entre otros (OMS, 2000). La Figura 10**,** muestra los criterios del del DSM-5 como de la CIE-10.

El DSM-5 requiere que se especifique el grado de conciencia del paciente sobre la irracionalidad de sus obsesiones. Alonso et al., (2008, como se citó en Cruzado Rodríguez, 2014) sostiene que la mayoría de los pacientes reconoce la irracionalidad de las obsesiones, sin embargo, entre el 15% y el 36% de ellos, muestran una comprensión deficiente, es decir, tienden a atribuir validez a los contenidos obsesivos; en general, la fuerza de la creencia incremente con la intensidad del tono emocional, y disminuye cuando la ansiedad se reduce.

A diferencia del DSM-5, la CIE-10 requiere una duración mínima de dos semanas para el diagnóstico de TOC, lo cual no está especificado en el DSM-5. Además, la CIE-10 hace una distinción entre obsesiones y compulsiones basándose en si son actos externos (compulsiones) o pensamientos, ideas o imágenes (obsesiones). En contraste, el DSM-5 distingue entre pensamientos que generan ansiedad y malestar (obsesiones) y aquellos que reducen o alivian estos sentimientos (compulsiones), permitiendo que las compulsiones puedan ser también contempladas como cognitivas, y no clasificada como obsesión (APA, 2014; OMS, 2000).

Una de las actualizaciones importantes del DSM-5, según Lozano-Vargas (2017) y basándose en Van Ameringen et al. (2013), es la inclusión de especificadores como la presencia de tics, ya que se reporta una alta prevalencia de tics o síndrome de Tourette (26-59%) en pacientes con TOC de inicio temprano en la infancia, y por tanto el tratamiento para dicha

comorbilidad debe ser programado de manera diferente al mostrar una respuesta deficiente a la monoterapia con inhibidores selectivos de recaptación de serotonina, siendo más eficaz la combinación con haloperidol.

El TOC asociado a tics en la infancia presenta características distintivas, especialmente en varones y con antecedentes familiares de TOC. Según Castelló Pons (2014), esta variante es más común en los niños de sexo masculino con antecedentes familiares, y suelen experimentar síntomas más agudos y dilatados en el tiempo, a diferencia de otros tipos de TOC.

También es común que estos niños tengan comorbilidad con el trastorno de Tourette y otros trastornos relacionados con el espectro del TOC, lo que indica la presencia simultánea de múltiples trastornos neuropsiquiátricos.

Actualmente, la CIE-11, publicada en 2018, agrupa al TOC y a trastornos relacionados (trastornos dismórfico corporal, hipocondriasis, trastorno olfatorio de referencia, trastorno de excoriación, trastorno de acumulación y tricotilomanía) en una única categoría. Simpson & Reddy (2014), afirman que se discute la posibilidad de sumar en el futuro, nuevos especificadores, entre ellos: insight, tics, inicio temprano y dimensiones del TOC, PANDAS, curso y severidad (como se citó en Lozano-Vargas, 2017).

La investigación ha demostrado que la concordancia entre los sistemas diagnósticos es solo es moderada, con solo el 64% de los casos coincidiendo en ambos sistemas (Andrews et al., 1999, como se citó en Bados, 2017). El "Research Domain Criteria Project" (RDoC) busca integrar el conocimiento de los circuitos neuronales con neurotransmisores y conducta, con el objetivo de identificar biomarcadores que mejoren el diagnóstico y comprensión de los trastornos psiquiátricos (Marras et al., 2016; como se citó en Lozano-Vargas, 2017).

Figura 10

Criterios diagnósticos del Trastorno obsesivo compulsivo según el DSM-5 y la CIE10

Criterios diagnósticos según el DSM-5	Criterios diagnósticos según la CIE-10
A) Presencia de obsesiones, compulsiones o ambos: Las obsesiones se definen por (1) y (2): 1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante.	*A*) Las obsesiones o las compulsiones (o ambas) están presentes la mayor parte de los días por un período de al menos dos semanas. *B*) Las obsesiones (pensamientos, ideas o imágenes) y las compulsiones (actos) comparten las siguientes características, todas las cuales han de estar presentes:
2. El sujeto intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos mediante otro pensamiento o acto (es decir, realizando una compulsión). Las compulsiones se definen por (1) y (2): 1. Comportamientos (p. ej., lavarse las manos, ordenar, comprobar las cosas) o actos mentales (p. ej., rezar, contar, repetir palabras en silencio) repetitivos, que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que debe aplicar de manera rígida. 2. El objetivo de estos comportamientos o actos mentales es prevenir o disminuir la ansiedad o el malestar o evitar algún suceso o situación temida; sin embargo, estos comportamientos o actos mentales no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos. **Nota:** Los niños de corta edad pueden no ser capaces de articular los objetivos de estos comportamientos o actos mentales	1. Son reconocidas como originadas en la mente del paciente, y no impuestas por personas o influencias externas. 2. Son repetitivas y molestas, y al menos una obsesión o compulsión debe estar presente y ser reconocida como excesiva o irracional. 3. El sujeto intenta resistirse a ellas (aunque, si son muy duraderas, la resistencia a algunas obsesiones o compulsiones puede ser mínima). Al menos una obsesión o compulsión, a la que se resiste sin éxito, debe estar presente. 4. El pensamiento obsesivo o la realización del acto compulsivo no deben ser en sí mismos placenteros (esto debe ser distinguido del alivio temporal de la tensión o ansiedad).
B) Las obsesiones o compulsiones requieren mucho tiempo (p. ej., ocupan más de una hora diaria) o causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes. *C*) Los síntomas obsesivo-compulsivos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a otra afección médica. *D*) La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., preocupaciones excesivas, como en el trastorno de ansiedad generalizada; preocupaciones por el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal; dificultad de deshacerse o renunciar a las posesiones, como en el trastorno de acumulación; arrancarse el pelo, como en la tricotilomanía [rascarse la piel]; estereotipias, como en el trastorno de movimientos estereotipados; comportamiento alimentario ritualizado, como en los trastornos alimentarios; problemas con sustancias o con el juego, como en los trastornos relacionados con las sustancias y trastornos adictivos; preocupación por padecer una enfermedad, como en el trastorno de ansiedad por enfermedad; impulsos o fantasías sexuales, como en los trastornos parafílicos; impulsos como en los trastornos perturbadores, de control de los impulsos y de la conducta; rumiaciones de culpa, como en el trastorno de depresión mayor; inserción de pensamiento o delirios, como en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, o patrones de comportamiento repetitivo, como en los trastornos del espectro del autismo).	*C*) Las obsesiones o compulsiones causan malestar o interfieren en el funcionamiento individual y social del sujeto usualmente por el gasto de tiempo. *D*) Los criterios de exclusión más usados comúnmente son: no debido a otros trastornos mentales, tales como esquizofrenia y trastornos relacionados (F2) o trastornos del humor (afectivos) (F3).
Especificar si: **Con introspección buena o aceptable:** el sujeto reconoce que las creencias del trastorno obsesivo compulsivo son claramente o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no. **Con poca introspección:** el sujeto reconoce que las creencias del trastorno obsesivo compulsivo son claramente o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no. **Con ausencia de introspección/con creencias delirantes:** el sujeto está completamente convencido de que las creencias del trastorno obsesivo compulsivo son ciertas. *Especificar* si: El sujeto tiene una historia reciente o antigua de un trastorno de tics.	El diagnóstico puede especificarse por los siguientes cuatro códigos: F42.0. Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivos. F42.1. Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos). F42.2. Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos. F42.8. Otros trastornos obsesivos compulsivos. F42.9. Trastorno obsesivo compulsivo sin especificación.

Nota. Adaptado de Manual de Psicopatología y Trastornos Psicológicos (pp. 247-249), Caballo et al., 2014, Pirámide.

Epidemiologia

Prevalencia

De acuerdo con Kaplan y Sadock (2009), el Trastorno Obsesivo-Compulsivo, es un padecimiento mental frecuente, con una prevalencia global del 2 al 3% en la población general. En Argentina, Yariyura-Tobias y Neziroglu (1994, como se citó en Rodríguez Bilglier et al., 2012), observaron una prevalencia en la población del 3%. Además, un porcentaje aún mayor en individuos no-clínicos, en torno al 28%, experimenta fenómenos obsesivos leves y menos frecuentes que no cumplen los criterios diagnósticos, siendo las obsesiones de comprobación, almacenamiento y simetría/ordenación las más comunes (Rasmussen & Eisen, 1998, como se citó en Clark y Beck, 2012). Ruscio et al. (2010, como se citó en Cruzado Rodríguez, 2014), afirman que las personas con diagnóstico de TOC dedican diariamente entre 5 y 9 horas a manejar síntomas obsesivos, mientras que las compulsiones les ocupan de 4 a 6 horas. Dentro de las obsesiones, la más frecuente es la contaminación, y en cuanto a las compulsiones, la verificación o comprobación es la más común.

Los familiares de primer grado de personas con Trastorno Obsesivo-Compulsivo, tienen un mayor riesgo de desarrollarlo lo largo de su vida en comparación con familiares de personas sin trastornos o de la población general. En concreto, el riesgo de TOC en estos familiares es de aproximadamente 10-12%, frente al 2-3% en la población general (Hettema et al., 2001, como se citó en Bados, 2017). Además, estos autores observan, que el TOC es más común entre los familiares de primer grado de personas con trastorno de Tourette, en comparación con la población general.

En cuanto al género, las mujeres tienden a desarrollar TOC con mayor frecuencia que los hombres (Rasmussen & Tsuang, 1986, como se citó en Franklin y Foa, 2023). Entre las diferencias existentes, se destaca el tipo de contenido de las obsesiones y compulsiones; las mujeres presentan obsesiones de contaminación y rituales de lavado en una proporción más del doble que los hombres, mientras las obsesiones de contenido sexual o religioso son más comunes en hombres (Labad et al., 2008, como se citó en Cruzado Rodríguez, 2014).

Asimismo, la presencia del TOC es universal, con prevalencias semejantes en diferentes regiones del mundo, como Europa, América, Japón, o India. Las diferencias culturales pueden influir en la presentación de los síntomas; por ejemplo, las obsesiones religiosas son más prevalentes en culturas con códigos morales estrictos, y las compulsiones de lavado son más comunes en países musulmanes que enfatizan la limpieza (Ocaza et al., 1994; Tek & Ulug, 2001, ambos citados en Clark y Beck, 2012).

Por último, Clark y Beck (2012), basándose en los estudios de Rasmussen & Eisen (1992), concluyen que el TOC no está asociado con un mayor logro académico o una inteligencia significativamente superior, contrariamente a lo que sugerían estudios anteriores.

Inicio, Curso y Pronostico

El TOC comúnmente comienza durante la adolescencia o al inicio de la adultez, aunque puede aparecer en la infancia (Hollander y Simeon, 2012). Su inicio suele ser gradual, y en un 50-70% de los casos está asociado con situaciones estresantes, como el embarazo, fallecimientos o problemas sexuales (Pinto et al., 2006, como se citó en Cruzado Rodríguez, 2014; Vellosillo y

Vicario, 2015). Algunos pacientes presentan un inicio repentino de los síntomas, especialmente aquellos con una base neurológica para el trastorno (Hollander y Simeon, 2012).

En general, la edad en la que aparece el TOC en los hombres suele ser anterior a la de las mujeres. La media de edad para la aparición del trastorno es de 19 años, mientras que en muestras clínicas esta edad ronda los 22 años (Lensi et al., 1996, como se citó en Clark y Beck, 2012; Brown et al., 2001; Ruscio et al., 2010, ambos citados en Bados, 2017). Existen dos patrones de aparición del TOC: uno temprano, entre los 10 y 15 años, representa el 31% de los casos y está relacionado con tics y el síndrome de Tourette; y otro entre los 23 y 30 años, representa el 75%, y se vincula con mayor comorbilidad de trastornos de ansiedad y depresión (Black, 1974, como se citó en Hollander y Simeon, 2012; Delorme et al., 2005, como se citó en Cruzado Rodríguez, 2014). Aproximadamente la mitad de los pacientes adultos con TOC presentaron síntomas en la infancia, y más de un tercio lo padeció durante su niñez (Cruzado Rodríguez, 2014). Cuando el TOC se manifiesta por primera vez en personas de entre 35 y 40 años, es recomendable investigar posibles problemas neurológicos, como tumores o quistes cerebrales, o considerar la presencia de depresión (Bados, 2017).

A menudo, los pacientes con Trastorno Obsesivo-Compulsivo ocultan sus síntomas y no buscan ayuda médica hasta después de varios años desde la aparición de estos. Una vez que el trastorno se manifiesta, rara vez se limita a un solo episodio, tiende a ser crónico y su evolución suele ser progresiva con presencia de fluctuaciones, donde existen momentos de funcionamiento aceptable seguidos de episodios de exacerbación, especialmente en situaciones estresantes; un 10% de los casos son considerados incapacitantes (Rasmussen & Tsuang, 1992, como se citó en Vellosillo & Vicario, 2015).

Cruzado Rodríguez (2014), al citar a Ruscio et al. (2010) y Rasmussen y Eisen (1992), señala que, en estudios de pacientes con TOC durante un período de nueve años, el 85% experimentó un curso continuo del trastorno, el otro 10% tuvo un deterioro progresivo, y el restante 2% presentó un curso episódico con remisiones de seis meses o más. Por otro lado, Fullana et al. (2001) encontraron que el 28,6% de los pacientes con TOC reportó períodos asintomáticos, el 31,7% describió un curso estable, y el 39,7% experimentó un curso deteriorante.

Por su parte, Steketee et al. (1999) y Skeog & Skeog (1999, ambos citados en Cruzado Rodríguez, 2014), encontraron que el 20% de los pacientes alcanzó una remisión total, mientras que el 50% obtuvo una remisión parcial. La remisión completa fue más frecuente en pacientes casados y en aquellos con menor gravedad global del trastorno. Sin embargo, el 48% de los pacientes continuó con TOC durante más de 30 años.

La estabilidad de los síntomas puede variar entre adultos y niños, y existen diferencias en el contenido de las obsesiones y compulsiones según la edad. Las obsesiones de daño presentan tasas más elevadas en niños y adolescentes que en adultos; y entre infanto-juveniles, las obsesiones de tipo sexual y religiosas son más propensas a presentarse en los adolescentes que en los infantes (Bados, 2017).

Finalmente, factores como la baja resistencia a las compulsiones, un inicio tardío del tratamiento, poco insight de enfermedad, y la presencia de trastornos adicionales son indicadores de un peor pronóstico, mientras que un buen ajuste social y laboral actúa como factor protector (Kaplan y Sandok, 2009).

Comorbilidad

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo, es una condición que rara vez ocurre de manera aislada, y que presenta elevados índices de comorbilidad. De acuerdo con Clark y Beck (2012), Downie et al. (1998) y Campbell et al. (2001), afirman que solo el 15% de la población clínica padece como diagnostico único el TOC, y aproximadamente en la mitad de los pacientes evaluados suele converger otro trastorno. Entre estos trastornos concomitantes, que describen basándose en Clark (2004), se encuentran la depresión, las fobias específicas y sociales, el trastorno dismórfico corporal, los trastornos por tics y los trastornos de personalidad del grupo C.

En esta línea, Clark y Beck (2012), citan a Brown et al. (2001), y Crino & Andrews (1996), quienes sostienen que la Depresión Mayor es el diagnóstico correlativo con mayor índice de prevalencia, con un rango del 65% al 85%. También mencionan de acuerdo Clark, (2002) y Abramowitz et al. (2000) que, mientras su presencia augura un agravamiento de los síntomas obsesivos y una peor respuesta al tratamiento, su forma leve o moderada no suele intervenir demasiado en el curso del pronóstico. Finalmente, indican, que hoy día, se sabe que en general el TOC suele establecerse primero y posteriormente causar la aparición de Episodios Depresivos, y no a la inversa (Demal et al., 199, como se citó en Clark y Beck, 2012).

Por los motivos mencionados, es recomendable en el proceso evaluativo del TOC, demorar las intervenciones Cognitivas-Conductuales, hasta valorar la presencia de síntomas depresivos, ataques de pánico o estrés postraumático, así como su nivel de gravedad. En caso de encontrarse frente a estos trastornos, deberán ser el foco primario de intervención, postergando el tratamiento de los síntomas O-C (Clark y Beck, 2012; Freeston y Ladouceur, 2002). Los últimos autores, agregan que otras manifestaciones comórbidas que pueden complicar e interferir en el tratamiento, son la aparición de rasgos Esquizotípicos por su poca conciencia de enfermedad o

rasgos Limites por su potencial evitación a la Exposición, así como la existencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas, o Trastornos Psicóticos, donde está contraindicado la utilización de técnicas cognitivas en los pensamientos obsesivos.

A continuación, y tal como se muestra en la Figura 11, se describe según el Metaanálisis de Bloch et al. (2008, como se citó en Cruzado Rodríguez, 2014), cuatro dimensiones obsesivas (de Simetría u Orden, de Contenido Prohibido, de Contaminación, y de Acumulación), que se han asociado a la coexistencia de otras psicopatologías, así como patrones de heredabilidad y variaciones genéticas.

Diagnostico Diferencial

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo es una condición clínica heterogénea que presenta una elevada comorbilidad con otros Trastornos, por lo que resulta indispensable deslindar los criterios propios de este cuadro que suelen solaparse y confundirse con otras alteraciones clínicas. Siguiendo a Cruzado Rodríguez (2014) y a Franklin y Foa (2023), podemos establecer los siguientes diagnósticos diferenciales:

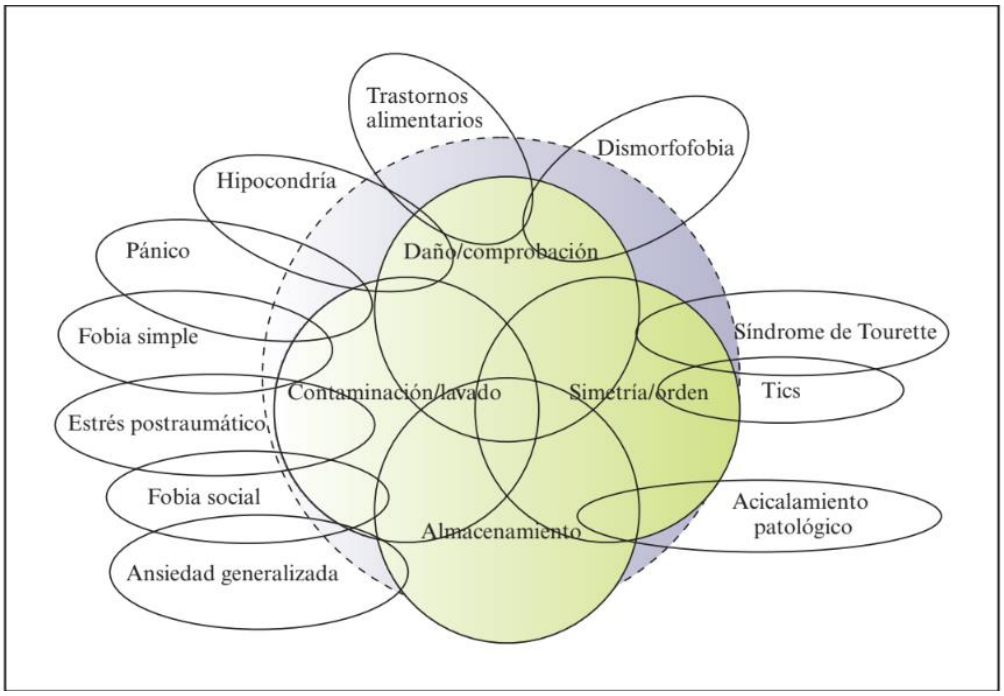
- Trastorno Depresivo Mayor: La principal diferencia entre ambos trastornos, se apoya en el foco temporal de los pensamientos, su característica singular, y la resistencia que manifiestan. En el TOC suele darse porque las obsesiones se centran en eventos temidos futuros de los cuales el paciente se siente responsable, mientras que las rumiaciones depresivas, acerca de uno mismo o el mundo, se enfocan en eventos negativos pasados o por los que el individuo se culpa y critica. Otra distinción se da en el plano de los pensamientos obsesivos, que son intrusivos y llevan a compulsiones, al contrario de las

rumiaciones depresivas que suelen ser egosintónicas y no requieren acciones específicas. Por último, la emoción que predomina en el TOC suele ser la ansiedad, mientras que lo nuclear en la depresión es la tristeza (Cruzado Rodríguez, 2014; Franklin y Foa, 2023).

- Trastornos de Ansiedad Generalizada: Aunque los pacientes con TAG presentan preocupaciones intrusivas y molestas, que pueden confundirse con las obsesiones propias del TOC, existen diferencias importantes entre ambos. Mientras que en la Ansiedad Generalizada, las preocupaciones están asociadas con aspectos de la vida cotidiana (trabajo, economía, relaciones, etc), en el TOC, las obsesiones tienen un carácter más extravagante y no se vinculan con problemas reales. Además, las preocupaciones del TAG suelen ser de naturaleza verbal, como pensamientos y dudas, hecho que no ocurre en el TOC, que puede incluir imágenes e impulsos. A su vez, el contenido de las preocupaciones cambia con frecuencia y se centra en temas pesimistas sobre uno mismo o el futuro, a diferencia de las obsesiones que suelen permanecer estables en el tiempo y se enfocan en consecuencias improbables. Finalmente, las preocupaciones en la ansiedad generalizada a menudo son egosintónicas y no se acompañan de comportamientos de neutralización, lo cual es un requisito indispensable para el Diagnostico de mientras que las obsesiones en el TOC (Cruzado Rodríguez, 2014).

Figura 11

Dimensiones del TOC y la comorbilidad (2003)



Nota. Adaptado de Manual de Psicopatología y Trastornos Psicológicos (p. 250), por Caballo, et al, 2014, Pirámide.

- Trastornos de Ansiedad Generalizada: Aunque los pacientes con TAG presentan preocupaciones intrusivas y molestas, que pueden confundirse con las obsesiones propias del TOC, existen diferencias importantes entre ambos. Mientras que, en la Ansiedad Generalizada, las preocupaciones están asociadas con aspectos de la vida cotidiana (trabajo, economía, relaciones, etc), en el TOC, las obsesiones tienen un carácter más extravagante y no se vinculan con problemas reales. Además, las preocupaciones del TAG suelen ser de naturaleza verbal, como pensamientos y dudas, hecho que no ocurre en el TOC, que puede incluir imágenes e impulsos. A su vez, el contenido de las preocupaciones cambia con frecuencia y se centra en temas pesimistas sobre uno mismo o el futuro, a diferencia de las obsesiones que suelen permanecer estables en el tiempo y

se enfocan en consecuencias improbables. Finalmente, las preocupaciones en la ansiedad generalizada a menudo son egosintónicas y no se acompañan de comportamientos de neutralización, lo cual es un requisito indispensable para el Diagnostico de mientras que las obsesiones en el TOC (Cruzado Rodríguez, 2014).

- Trastorno Dismórfico Corporal: En tanto que, los individuos con trastorno dismórfico corporal suelen centrarse en una obsesión específica relacionada con un defecto físico imaginado, los que sufren de TOC experimentan múltiples obsesiones. En el trastorno dismórfico corporal, la preocupación por el defecto físico genera malestar significativo y afecta negativamente el funcionamiento social y laboral, llevando a rumiaciones repetitivas y conductas de verificación, como mirarse al espejo o buscar reaseguración a través de otra persona. Si bien los síntomas son similares, es necesario entender que en el trastorno dismórfico corporal la preocupación se enfoca en el defecto físico en sí, mientras que en el TOC el foco puede estar en el daño o riesgo asociado al defecto, con compulsiones más diversas. Por otro lado, se ha vinculado al TDC con un mayor riesgo de suicidio y adicciones, y las personas que lo padecen exhiben una comprensión limitada de su enfermedad, llegando a creencias delirantes sobre el defecto físico (Cruzado Rodríguez, 2014; Franklin y Foa, 2023).

- Tics y Síndrome de Tourette: Para distinguir las conductas motoras estereotipadas del síndrome de Tourette y los trastornos de tics y las compulsiones del TOC, es crucial examinar la relación funcional que se establece entre estas conductas y los pensamientos obsesivos. La principal diferencia radica, en que los tics son movimientos musculares involuntarios y sin intención que no buscan aliviar la angustia, mientras que las

compulsiones del TOC son acciones intencionales realizadas para reducir la ansiedad provocada por las obsesiones, y no meros reflejos (Cruzado Rodríguez, 2014; Franklin y Foa, 2023).

- Trastorno Delirante y Esquizofrenia: Si bien es probable que algunos pacientes con TOC puedan experimentar obsesiones con un grado de intensidad delirante, la mayoría mantiene una convicción que varía entre fuerte y moderada. Cuando estas creencias son muy firmes, es indispensable considerar el diagnóstico de TOC "con introspección pobre", ya que la presencia de compulsiones puede ayudar a diferenciarlo del trastorno delirante. Por otro lado, y aunque las obsesiones pueden ser extravagantes y tener contenido mágico similar a los delirios en la esquizofrenia, este carácter exótico por sí solo no excluye el TOC. Además, es importante también asegurar que estos temores no vayan acompañados de otros síntomas psicóticos como alucinaciones o afecto inapropiado (Franklin y Foa, 2023).

- Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad: Pese a su elevada comorbilidad, las condiciones que manifiestan ambas patologías son clínicamente distintas. Mientras el TOC se caracteriza por obsesiones y compulsiones que interfieren en la vida diaria, el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo se centra en el perfeccionismo, el control y la preocupación por el orden, sin que los síntomas interfieran en su funcionamiento y siendo egosintónicos, es decir, los pacientes valoran positivamente estos rasgos, y a menudo, también reciben validación positiva por aquellos que lo rodean (Cruzado Rodríguez, 2014).

A modo de resumen, puede consultarse la Figura 12.

Figura 12

Diagnóstico diferencial del Trastorno obsesivo compulsivo

Trastornos	Diferencias con el TOC
Trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica.	Requiere la presencia de una enfermedad médica causal. No se diagnostica TOC si todas las obsesiones y compulsiones se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias.	Se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia. No se diagnostica TOC si todas las obsesiones y compulsiones se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (incluyendo medicamentos).
Trastorno dismórfico corporal o trastorno de la alimentación.	Se caracteriza por pensamientos recurrentes relacionados exclusivamente con el aspecto físico o el peso corporal.
Fobia específica o social.	Se caracteriza por pensamientos recurrentes relacionados exclusivamente con el miedo o la evitación del objeto o situación temidos.
Tricotilomanía.	Se caracteriza por pensamientos y actos recurrentes relacionados con arrancarse el cabello.
Hipocondría o trastornos de síntomas somáticos.	Se caracteriza por pensamientos recurrentes relacionados exclusivamente con la idea de que se sufre una enfermedad grave.
Episodio depresivo mayor.	Se caracteriza por un mayor predominio de rumiaciones sobre hechos pasados, egosintónicas y que producen tristeza, más que ansiedad.
Trastorno de ansiedad generalizada.	Se caracteriza por preocupaciones excesivas en torno a situaciones reales y no se acompaña de compulsiones.
Trastorno delirante o trastorno psicótico no especificado.	Se caracteriza por pensamientos recurrentes mantenidos por la convicción delirante.
Esquizofrenia.	Se caracteriza por pensamientos delirantes rumiativos y por comportamientos estereotipados que no se ajustan a la realidad.
Trastorno de tics o trastorno de movimientos estereotipados.	Se caracteriza por movimientos menos complejos y no efectuados con la intención de neutralizar una obsesión.
Comportamientos dirigidos en otros trastornos mentales (p. ej., juego patológico, parafilias o dependencia de sustancias).	Se caracteriza por el placer experimentado por el individuo con la actividad y por querer resistirse sólo a causa de sus consecuencias dañinas.
Trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad.	No se caracteriza por la presencia de obsesiones y compulsiones, e incluye un patrón generalizado de orden, perfeccionismo y control.
Supersticiones no patológicas y comportamientos repetitivos.	No consumen tiempo y no provocan malestar o deterioro clínicamente significativo.

Nota. Adaptado de Manual de Psicopatología y Trastornos Psicológicos (p. 257), por Caballo et al., 2014, Pirámide.

Etiopatogenia del Trastorno Obsesivo-Compulsivo

En la actualidad, la etiología del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) sigue siendo incierta. No obstante, la evidencia clínica, experimental y terapéutica indica que su etiopatogenia es polifactorial, implicando una interacción de factores biopsicosociales, que incluyen elementos ambientales y genéticos, los cuales podrían desencadenar el desarrollo de esta patología (Vellosillo y Vicario, 2015).

Influencias Genéticas

Estudios familiares y de gemelos apoyan la teoría de que el Trastorno Obsesivo-Compulsivo tiene un importante componente genético. Según Kaplan y Sandok (2015), los familiares de primer grado de personas con TOC tienen entre tres y cinco veces más probabilidades de desarrollarlo en comparación con los familiares de individuos control. No obstante, los datos actuales no logran diferenciar claramente entre los factores genéticos y los efectos culturales o conductuales que influyen en la transmisión del trastorno.

Los estudios de concordancia han demostrado una mayor tasa en gemelos monocigóticos en comparación con los dicigóticos. Investigaciones de Inouye (1965) y Rasmussen (1986, ambos citados en Vallejo Ruiloba et al., 2015) señalaron tasas de concordancia que oscilan entre el 80% y el 65% en gemelos monocigóticos. De manera similar, Van Grootheest et al. (2007, citado en Cruzado Rodríguez, 2014) reportan tasas de heredabilidad que varían del 26% al 65%, con un mayor componente hereditario en niños que en adultos.

Asimismo, existe evidencia que sugiere una co-transmisión entre el síndrome de Tourette, el TOC, síntomas de orden/simetría y tics motores crónicos en familias (Kaplan y Sandok, 2015).

Durante las últimas décadas, con el fin de identificar regiones cromosómicas relacionadas con el TOC, se fundó la *Whole Genome Scan Exploration*. En 2013, Stewart et al. (como se citó en Vallejo Ruiloba et al., 2015) descubrieron señales de ligamiento en el cromosoma 18, vinculado al complejo neuronal de densidad postsináptico, así como en el cromosoma 20, asociado con la neurotransmisión glutamatérgica. Previamente, en 2012, un metaanálisis de Taylor (como se citó en Vallejo Ruiloba et al., 2015) halló asociaciones significativas entre el TOC y polimorfismos relacionados con la transmisión serotoninérgica en hombres, además de otros polimorfismos que influyen en la modulación de las catecolaminas. Estos hallazgos sugieren un modelo poligénico para el TOC, en el que múltiples genes con pequeñas contribuciones incrementan la probabilidad de desarrollar el trastorno.

Factores Neuroinmunológicos

En ciertos casos, el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) que inicia en la infancia puede estar relacionado con una infección por estreptococos, la cual provoca una inflamación en los ganglios basales debido a una respuesta autoinmune disfuncional. Esta asociación fue inicialmente documentada por Swedo y sus colegas en 1997, quienes describieron una variante del TOC infantil que más tarde se incluyó en un grupo de trastornos denominado "*Trastornos Neuropsiquiátricos Pediátricos Autoinmunes Asociados a Infecciones por Estreptococos*" (PANDAS) (Cruzado Rodríguez, 2014). Las infecciones por estreptococos pueden resultar en fiebre reumática, y entre un 10% y un 30% de los afectados pueden desarrollar corea de Sydenham, presentando síntomas obsesivo-compulsivos (Kaplan y Sandok, 2015).

De acuerdo con la clasificación clínica del PANDAS, este trastorno está estrechamente relacionado con la infección por estreptococo; sin embargo, investigaciones posteriores han indicado que la aparición súbita de síntomas neuropsiquiátricos, que incluyen tics y obsesiones, también puede asociarse con infecciones causadas por otros patógenos distintos al estreptococo, así como con procesos inflamatorios no infecciosos, razón por la cual se ha propuesto el término CANS (Childhood Acute Neuropsychiatric Symptoms), que abarca de manera general todas estas condiciones, incluyendo el anterior PANDAS (Singer et al., 2012, como se citó en Vallejo Ruiloba et al., 2015).

Implicaciones Neuroquímicas

La eficacia observada en el tratamiento del TOC mediante clomipramina dio lugar a las primeras hipótesis neuroquímicas sobre el trastorno, sugiriendo que podría haber una disfunción en el sistema serotoninérgico (Yaryura-Tobias, 1977, como se citó en Vallejo Ruiloba et al., 2015). Actualmente, se reconocen cuatro hipótesis en relación con las alteraciones de la neurotransmisión en pacientes con TOC: la Hipótesis Serotoninérgica (la más aceptada), la Hipótesis Dopaminérgica, la Catecolaminérgica y la Endorfínica (Valaer Rubio, 2015).

Rauch et al. (2004) afirman que la serotonina está relacionada con la mediación de diversos comportamientos, como la impulsividad, la agresión y la ansiedad, lo que sugiere que un déficit en la regulación de este neurotransmisor podría contribuir a la aparición de conductas obsesivas y rituales repetitivos en los pacientes con TOC. Los estudios clínicos que han utilizado fármacos ISRS corroboran la idea de que existe una disfunción en la serotonina o en sus receptores, especialmente una hipersensibilidad de los receptores postsinápticos, que puede estar

relacionada con la presencia de síntomas obsesivos y compulsivos (Vallejo Ruiloba et al., 2015). Según Kaplan y Sandok (2015), aunque los medicamentos que afectan el sistema serotoninérgico son más eficaces que aquellos que actúan sobre otros neurotransmisores, la relación entre la serotonina y la causalidad del TOC sigue siendo incierta. De acuerdo con estos autores, los estudios que han medido metabolitos de serotonina y sus puntos de recaptación en el líquido cefalorraquídeo, han presentado resultados variables, aunque sugieren que algunos pacientes podrían experimentar una hiperactividad en el sistema serotoninérgico.

Al considerar en conjunto los hallazgos de la investigación, se puede concluir que la disfunción en la regulación de la serotonina en el TOC es compleja y probablemente implique variaciones en la función de los receptores según su ubicación en el cerebro y los subtipos específicos, lo que sugiere que categorizar la serotonina como globalmente hiperactiva o hipoactiva es una simplificación excesiva (Rauch et al., 2004). Hollander y Simeon (2012) indican que es necesario llevar a cabo más investigaciones sobre la biología del TOC para explorar la relación entre las anomalías neurológicas y bioquímicas, así como determinar si estas condiciones coexisten o se distribuyen en diferentes grupos fisiopatológicos. Este autor también propone la existencia de subgrupos dentro del TOC, sugiriendo que aquellos con patologías estructurales pueden presentar alteraciones neurológicas asociadas, un curso más grave del trastorno y una respuesta menos favorable a los inhibidores de la recaptación de serotonina.

Por otro lado, se ha observado que entre un 40% y un 50% de los pacientes con TOC presentan resistencia a tratamientos con fármacos serotoninérgicos, mientras que muestran una respuesta positiva a medicamentos antipsicóticos y antiglutamatérgicos. Esto ha llevado a investigar la posible implicación de otras sustancias en la etiopatogenia del trastorno, como el

ácido glutámico, la dopamina, los opiáceos endógenos, la oxitocina, la vasopresina y los esteroides gonadales (Goddard et al., 2008, como se citó en Vallejo Ruiloba et al., 2015).

Con esta nueva perspectiva, se ha desarrollado la Hipótesis Dopaminérgica, ya que varios estudios han mostrado una disminución de los síntomas obsesivos al utilizar fármacos que bloquean la dopamina, sugiriendo un posible exceso de este neurotransmisor como causa del TOC, debido a que se ha observado que la liberación de dopamina puede inducir conductas repetitivas y estereotipadas (Cruzado Rodríguez, 2014). Este autor también señala que algunas enfermedades neurológicas que afectan los ganglios basales y las vías dopaminérgicas suelen presentarse con síntomas obsesivo-compulsivos. Sin embargo, Valaer Rubio (2015) sostiene que la mayor parte de la evidencia proviene de estudios en animales o de lesiones neurológicas que muestran estereotipias o altos niveles de impulsividad, lo que dificulta la generalización de estos hallazgos al TOC primario.

Por último, se han formulado hipótesis neuroquímicas menos conocidas sobre las alteraciones en la neurotransmisión de las vías catecolaminérgicas y endorfínicas, basadas en hallazgos limitados de algunos estudios. Valaer Rubio (2015) indica que la hipótesis catecolaminérgica sugiere un incremento en la actividad noradrenérgica presináptica y una disminución de los receptores adrenérgicos postsinápticos en pacientes con TOC. Se han observado mejoras en los síntomas con la administración oral de clonidina, un fármaco que disminuye la liberación de noradrenalina por las neuronas presinápticas (Kaplan y Sandok, 2015). Por otra parte, algunas evidencias sugieren que los opiáceos endógenos podrían estar involucrados en la fisiopatología del TOC, como se evidencia por el hecho de que la administración de naloxona, un antagonista opiáceo, puede aumentar la sintomatología obsesivo-

compulsiva (Valaer Rubio, 2015). Sin embargo, actualmente se cuenta con menos evidencia sobre la disfunción de los sistemas noradrenérgico y endorfínico en el contexto del TOC.

Bases Neuroanatómicas, Neuropsicológicas y Neurofisiopatologicas

Diversos estudios de neuroimagen han encontrado alteraciones en los circuitos entre la corteza orbitofrontal, el núcleo caudado y el tálamo en pacientes con TOC. Mediante técnicas como la tomografía por emisión de positrones (PET) y la tomografía computarizada de emisión monofotónica (SPECT), se ha observado un incremento en la actividad de varias áreas cerebrales, incluidas la region orbitofrontal izquierda, prefrontales bilaterales, el orbital medial, el lateral prefrontal, la corteza sensorial motora izquierda, la circunvolución cingulada y los ganglios basales -en específico, el núcleo caudado- (Cruzado Rodríguez, 2014). Las ultimas estructuras nombradas, están relacionadas con vías serotoninérgicas y conexiones entre la corteza y las áreas subcorticales (Aldaz Armendáriz y Sánchez Martín, 2005). El hallazgo más común es la hiperactividad basal de la corteza orbitofrontal, que disminuye con el tratamiento y aumenta ante la provocación de síntomas (Vallejo et al., 2002, como se citó en Vellosillo y Vicario, 2015).

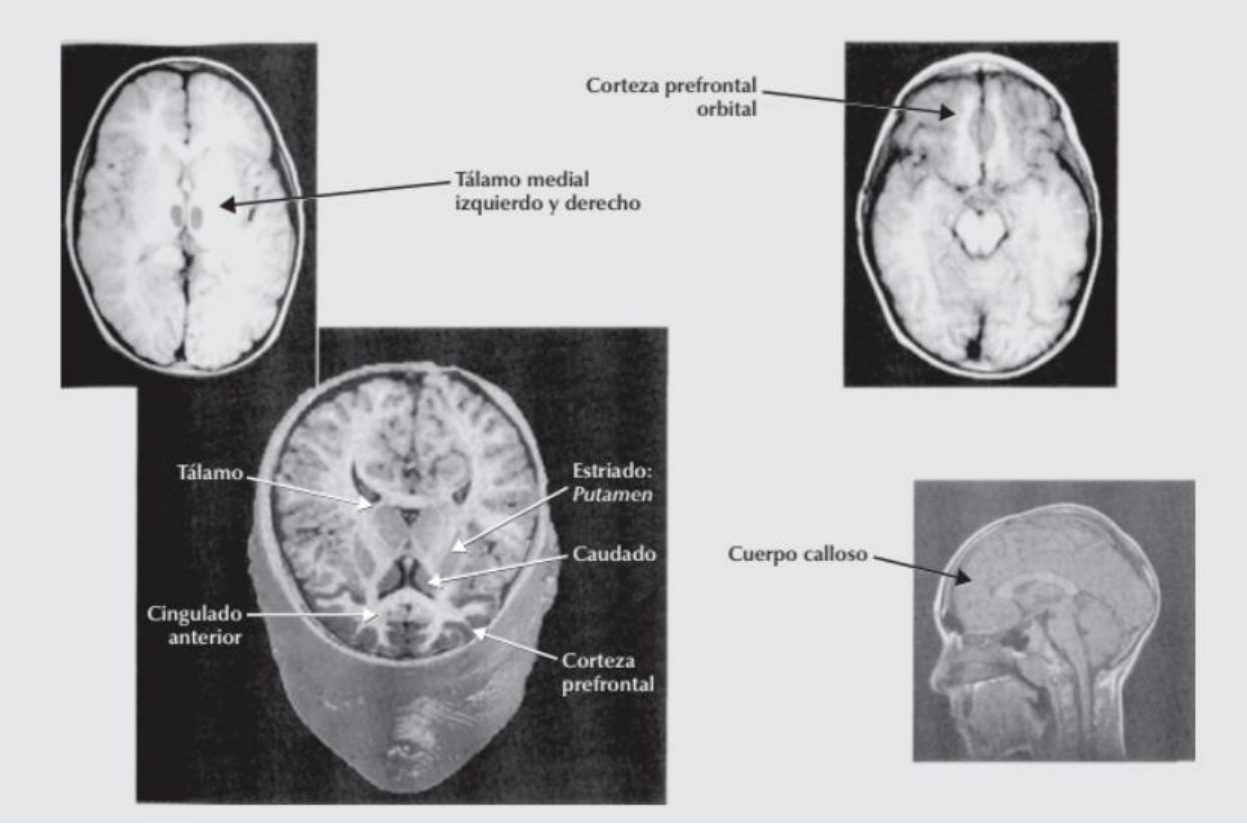
Además, las alteraciones en estas áreas parecen estar más vinculadas a las vías corticoestriadas que a las amigdalinas, las cuales son el foco actual de investigación en trastornos de ansiedad (Valaer Rubio, 2015). Los tratamientos farmacológicos y conductuales han mostrado una reversión de estas anomalías cerebrales (Figura 13).

Los estudios estructurales con tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética (RM) son consistentes con los resultados de los estudios funcionales, ya que ambos han

demostrado una reducción bilateral en los núcleos caudados de pacientes con TOC (Valaer Rubio, 2015).

Figura 13

Regiones cerebrales implicadas en la fisiopatología del trastorno obsesivo-compulsivo



Nota. Adaptado de Sinopsis de Psiquiatría (p. 419), por Kaplan y Sandok, 2015, Wolters Kluwer

Otros estudios biológicos, como los electrofisiológicos y electroencefalográficos (EEG), han mostrado que los pacientes con TOC tienen mayor incidencia de alteraciones inespecíficas, como la reducción de la latencia del sueño REM. Los estudios neuroendocrinos también han revelado que aproximadamente un tercio de los pacientes no presentan supresión en la prueba de supresión con dexametasona, y que la secreción de la hormona del crecimiento se reduce tras la administración de clonidina (Vallejo Ruiloba et al., 2015).

Ha partir de la década del 80, comenzó el interés de los estudios neuropsicológicos del TOC. Aldaz Armendáriz y Sánchez Martín (2005) señalan que, aunque inicialmente se creía que el TOC se relacionaba con una pérdida de la inhibición verbal debido a alteraciones en el lóbulo frontal izquierdo, ahora se considera que es el hemisferio derecho el que está afectado. Un hallazgo frecuente es que los pacientes con TOC muestran dificultad para realizar el Tactual Performance Test (TPT), tardando más en completarlo y presentando deficiencias en la memorización de la posición espacial de objetos, lo que implica al lóbulo parietal derecho, responsable del reconocimiento táctil y del procesamiento visuoperceptivo. De igual manera, en el Test de Retención Visual de Benton, los pacientes con TOC rinden por debajo del grupo control. Complementariamente, aunque no muestran déficits generalizados de memoria, sí presentan alteraciones en la memoria visuoespacial, como la memoria visual a corto plazo, la memoria procedimental y la memoria asociativa objeto-posición espacial. Por último, la mayoría de los estudios neuropsicológicos apoyan la existencia de un déficit frontal bilateral, evidenciado por el bajo rendimiento en el Wisconsin Card Sorting Test (WCST), y en los últimos años, se ha sugerido también, una alteración en el sistema frontoestriatal.

No obstante, uno de los desafíos al interpretar las alteraciones neuropsicológicas en pacientes con TOC es determinar si estas son primarias o secundarias (Hollander y Simeon, 2012).

Finalmente, algunas enfermedades neurológicas comparten síntomas con el TOC, como se muestra en la Figura 14. La investigación neurofisiopatológenica ha centrado su atención en traumatismos craneoencefálicos (TCE) o lesiones inducidas por psicocirugía. Los TCE que afectan las áreas motoras pueden producir tics repetitivos, comparables a las conductas compulsivas del TOC. En intervenciones quirúrgicas, se ha observado que las lesiones en ciertas

áreas cerebrales pueden reducir o exacerbar los síntomas del TOC. Por ejemplo, la lobotomía y la leucotomía han mostrado reducir las alteraciones cognitivas, mientras que la cingulotomía ha disminuido la ansiedad y los movimientos estereotipados, similares a los resultados de la capsulotomía anterior bilateral estereotáctica (Aldaz Armendáriz y Sánchez Martín, 2005).

Figura 14

Alteraciones neurológicas que han sido relacionadas con el trastorno obsesivo-compulsivo

Síndrome de Gilles de la Tourette	Anoxia
Neuroacantosis	Parálisis supranuclear progresiva
Parkinsonismo postencefalítico	Corea de Sydenham
Infarto del núcleo caudado	Lesiones en el lóbulo frontal
Intoxicación por monóxido de carbono	Intoxicación por manganeso

Nota. Adaptado de Obsesiones y Compulsiones (pp. 29-30), por Aldaz Armendáriz y Sánchez Martín, 2005, Editorial Síntesis

Modelo Explicativo del TOC desde la Perspectiva Conductual y Cognitiva

Las teorías conductuales del Trastorno Obsesivo-Compulsivo parten de la premisa de que los "trastornos" son conductas aprendidas, y por tanto se rigen y explican a partir de los principios del aprendizaje. En este contexto, las primeras formulaciones sobre el TOC se apoyaron en la teoría del aprendizaje de Mowrer (1939), aplicada más tarde por Dollard y Miller (1950) a los comportamientos obsesivo-compulsivos (Franklin y Foa, 2023). El Modelo Bifactorial de Mowrer, según el cual los trastornos de ansiedad se desarrollan en dos etapas: primero, la experiencia del temor en determinadas situaciones; y segundo, la adopción de conductas de evitación para lidiar con dicho temor. En el caso del TOC, se sugiere que un pensamiento intrusivo se asocia con ansiedad a través del condicionamiento clásico, y que los

rituales repetitivos se refuerzan mediante el condicionamiento operante al reducir el malestar (Rodriguez Biglieri et al., 2012).

Las explicaciones conductistas no ofrecen explicaciones convincentes sobre las obsesiones. Vallejo Ruiloba et al. (2015) comentan que se parte del supuesto de que los procesos mentales están controlados por estímulos, y que las personas con TOC están expuestas a más estímulos capaces de generar respuestas en comparación con la población general. Esto se debe, según este autor, a dos mecanismos: a) ciertos estímulos previamente aprendidos provocan respuestas en personas obsesivas, pero no en otras; y b) el estado de activación elevado en individuos con TOC provoca respuestas más frecuentes e intensas ante los mismos estímulos. En ciertos casos, como las ideas de contraste, se sugiere que los pensamientos pueden considerarse respuestas de evitación.

Aldaz Armendáriz y Montserrat Sánchez (2005) señalan que, aunque el condicionamiento de estímulos neutros para que provoquen ansiedad es útil para entender las fobias, no resulta suficiente para explicar las obsesiones, ya que estas suelen tener un origen gradual y no siempre están asociadas a eventos traumáticos. Vallejo Ruiloba et al. (2015) destacan que, en el contexto del TOC, etiopatogénicamente hablando, el paradigma del refuerzo negativo en la segunda etapa del Modelo Bifactorial es clave, ya que las conductas de evitación aprendidas permiten reducir la ansiedad, y así perpetuar el ciclo.

Aunque el modelo conductista no explica el origen de las obsesiones, sí ofrece una explicación válida para el mantenimiento y generalización del TOC. Valaer Rubio (2015) destaca que las terapias conductuales pueden modificar las conductas compulsivas, pero no los pensamientos obsesivos, lo que sugiere que el modelo es más útil para entender las etapas tardías del trastorno que para esclarecer su etiología.

Posteriormente, dada la ambigüedad en el apoyo empírico al Modelo Bifactorial y las limitaciones de la teoría conductual para explicar la etiología completa del TOC, se incorporaron variables cognitivas, como esquemas y errores de procesamiento surgiendo así la base de los modernos modelos. Emmelkamp (1982, citado en Valaer Rubio, 2015) describe en forma general, que los pacientes con TOC evitan la ambigüedad e incertidumbre, anticipan consecuencias desfavorables y presentan pensamientos catastróficos, lo que influye en el desarrollo del trastorno. La conceptualización según el cual las valoraciones subjetivas de temor surgen a causa de creencias internalizadas fue propuesta por Carr (1974), quien anticipó la idea de que las compulsiones son respuestas para reducir amenazas subjetivas, mientras que en los estados obsesivos predomina la evitación cognitiva (Vallejo Ruiloba et al., 2015).

La Terapia Cognitiva-Conductual retoma estos postulados, y sostiene que los pensamientos intrusivos son un fenómeno común en la población, con contenidos similares a los de los pacientes con TOC, como temas sexuales, de agresión, religiosidad o contaminación (Sevilla y Pastor, 2006). Las obsesiones, sin embargo, son más recurrentes y generan mayor malestar que los pensamientos intrusivos normales (Parkinson & Rachman, 1981; Salkovskis & Harrison, 1984, ambos citados en Biglieri et al., 2012).

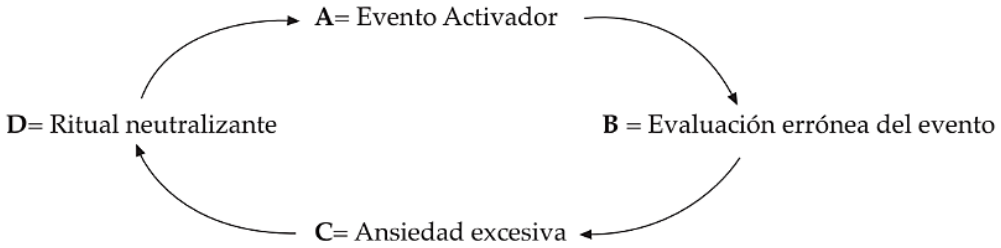
Así, este modelo plantea que las obsesiones surgen a partir de pensamientos intrusivos normales, los cuales constituyen su base. Los autores coinciden en que el factor clave que transforma un pensamiento intrusivo en una obsesión es la interpretación que se le atribuye. Según Cruzado Rodríguez (2014), la diferencia no radica en el grado de control que el paciente tiene para evocar el pensamiento de manera intencional o no, sino en el significado exagerado que se le otorga, viéndolo como algo horrible, peligroso, asqueroso o inmoral. Si el pensamiento intrusivo es considerado irrelevante o benigno, la persona tiende a ignorarlo. Además, este autor

indica que, cuando la persona evalúa los pensamientos intrusivos como una amenaza de riesgo grave o daño para sí misma o para los demás (lo que implica una sobrestimación tanto de la probabilidad como de la gravedad del daño, además de la percepción de responsabilidad en la prevención del mismo), experimenta emociones negativas como ansiedad o culpa, sintiéndose obligada a neutralizarlas mediante compulsiones para reducir la angustia. Aunque la neutralización puede ofrecer un alivio inmediato de la ansiedad y una sensación de mayor control percibido al desviar la atención de la obsesión, a largo plazo, estas valoraciones de importancia y neutralización incrementan la relevancia y frecuencia de las obsesiones (Salkovskis, 1999, como se citó en Clark y Beck, 2012).

De esta manera, y como se ilustra en la Figura 15, se establece un círculo vicioso que lleva a obsesiones cada vez más frecuentes, intensas y angustiosas, así como a una necesidad compulsiva de realizar rituales, características esenciales del TOC.

Figura 15

Secuencia del Modelo ABCD para el TOC



Nota. Adaptado de Guía práctica del TOC. Pistas para su liberación (p. 164), por Pedrick, C., y Hyman, B.., 2003, Desclée de Brauwer

Se debe prestar especial atención al "Efecto Paradojal del Elefante Rosa", donde las personas intentan "mantener la mente en blanco", "deshacerse de los pensamientos" o "pensar en otra cosa", con el objetivo de controlar sus obsesiones. Sin embargo, este esfuerzo resulta en un aumento de la frecuencia de dichas obsesiones, lo que lleva a los pacientes a reinterpretar esta

experiencia basándose en las creencias activadas, perpetuando así el círculo vicioso previamente descrito (Foa y Wilson, 2001).

Hace aproximadamente dos décadas, un grupo internacional de investigadores formó el denominado *Grupo de Trabajo sobre Cogniciones Relacionadas con Obsesiones y Compulsiones* (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group - OCCWG). Como resultado de su trabajo colaborativo, este equipo de expertos identificó una serie de creencias que intervienen en la atribución de significados negativos a los pensamientos intrusivos, y que constituyen el mecanismo primordial de activación de la amenaza en el TOC (véase Figura 16). Estas creencias incluyen: responsabilidad inflada, importancia excesiva de los pensamientos intrusivos, sobrestimación de la amenaza, importancia del control de los pensamientos intrusivos, intolerancia a la incertidumbre y perfeccionismo (Bados, 2017).

Figura 16

Los seis dominios de creencias del trastorno obsesivo-compulsivo propuestos por el Grupo de Trabajo sobre las Cogniciones Obsesivo-Compulsivas

Dominio de creencia	Definición
Responsabilidad inflada	"... la creencia de que uno dispone del poder básico para producir o prevenir resultados negativos subjetivamente cruciales" (OCCWG, 1997, p. 677)
Importancia excesiva de los pensamientos	"... creencias relativas a que la mera presencia de un pensamiento indica que algo es importante" (OCCWG, 1997, p. 678)
Sobrestimación de la amenaza	"... la exageración de la probabilidad o gravedad del daño" (OCCWG, 1997, p. 678)
Importancia del control del pensamiento	"... la sobreevaluación de la importancia de ejercer un control absoluto sobre los pensamientos, imágenes e impulsos intrusos, y la creencia de que esto es posible y deseable" (OCCWG, 1997, p. 678)
Intolerancia a la incertidumbre	Creencias sobre la necesidad de estar en lo cierto, la incapacidad personal de afrontar los cambios imprevisibles y la dificultad para funcionar en situaciones ambiguas
Perfeccionismo	"... la tendencia a creer que existe una solución perfecta para cada problema, que hacer algo perfecto (es decir, sin errores) no sólo es posible sino necesario, y que incluso los pequeños errores tendrán consecuencias graves"

Nota. Adaptado de Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad (p. 758), por Clark y Beck., 2012, Desclée de Brauwer

Otros autores también han identificado las creencias de Fusión Pensamiento-Acción (FPA) como fundamentales en el desarrollo del trastorno. Según Belloch et al. (2014), estas creencias se consideran un subgrupo dentro de la Creencia de "Sobreestimar el Peligro" y se dividen en dos categorías principales: Tipo Moral y Tipo Probabilístico. Esta inclusión se ilustra en la Figura 17.

Figura 17

Inclusión de la Creencia Fusión Pensamiento-Acción y su Adscripción de Significado

Creencia	*Definición*
1. Sobrestimar la importancia del pensamiento	Otorgar un significado personal *relevante y negativo* a la ocurrencia de los pensamientos, o de sus contenidos, como reveladores de la «auténtica naturaleza» de uno mismo.
a) Estricto o restringido	Atribuir un significado personal y negativo al pensamiento.
b) Fusión pensamiento-acción, tipo moral	Los pensamientos son moralmente equivalentes a las acciones.
c) Fusión pensamiento-acción, tipo probabilidad	Pensar en algo influye en la probabilidad de que ocurra en realidad (aumenta la probabilidad).

Nota. Adaptado de TOC: Obsesiones y Compulsiones. Tratamiento Cognitivo (p. 142), por Belloch et al., 2014, Alianza Editorial

Las investigaciones realizadas hasta el momento muestran resultados dispares sobre el rol central de algunas creencias relacionadas con el TOC. Clark y Beck (2012) sugieren que es probable que los subtipos de TOC varíen en cuanto a los dominios esquemáticos que otorgan un significado disfuncional a las intrusiones. De hecho, estos autores sostienen que las diferencias esquemáticas pueden ser notables incluso entre personas con preocupaciones obsesivas similares. Los hallazgos de Biglieri (2008) indican que no hay diferencias significativas entre los grupos de TOC y otros trastornos de ansiedad en cuanto a las creencias de perfeccionismo, sobrestimación del peligro y FPA de tipo probabilístico, lo que sugiere que estas creencias podrían ser comunes y

poco específicas. No obstante, sí se encontraron diferencias significativas en las creencias de responsabilidad inflada, importancia del control del pensamiento y FPA de tipo moral, siendo más comunes entre los pacientes con TOC.

Debido al solapamiento y la heterogeneidad presentes, incluso a nivel esquemático, y a las variaciones individuales en la intensidad con la que las personas con TOC se adhieren a estas creencias disfuncionales, resulta esencial desarrollar una conceptualización personalizada para cada caso con el fin de comprender la naturaleza de la activación esquemática en cada paciente. En este sentido, la Figura 18 presenta un modelo cognitivo-conductual básico del TOC, que permite analizar al paciente conforme a lo expuesto hasta este punto. En dicho modelo -como en el Conductista-, señalan Sevilla y Pastor (2006), se destacan los factores biológicos y las experiencias de aprendizaje que generan una vulnerabilidad específica, la cual se activa ante ciertos eventos desencadenantes de los síntomas. Y es que la Terapia Cognitiva, se basa en el modelo de diathesis-estrés, el cual plantea que para que se desarrolle una patología es necesario que coincidan tanto un evento estresante como una vulnerabilidad cognitiva. Es decir, ni el evento estresante ni el procesamiento inadecuado de la información son suficientes por sí solos para que ocurra el trastorno; la patología surge cuando ambos factores se combinan (Clark & Beck, 1989; Clark et al., 1999, ambos citados en Riso, 2006).

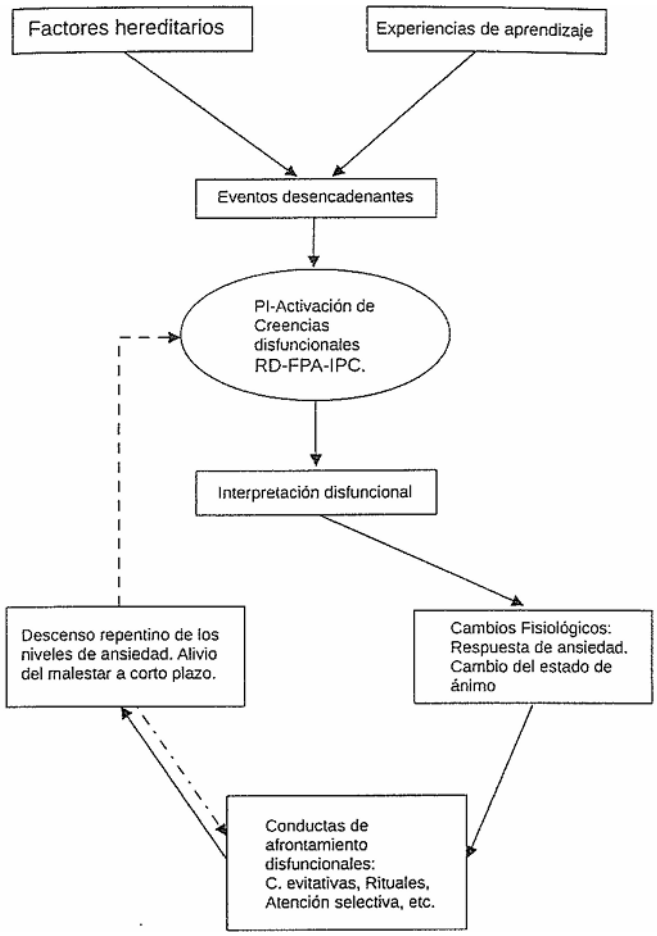
Según lo señalado por Biglieri et al. (2012), las interpretaciones erróneas relacionadas con el significado de las obsesiones producen una respuesta rápida de ansiedad, lo que impacta negativamente en el estado de ánimo del individuo. En respuesta a esto, el paciente emplea diversas estrategias de afrontamiento que proporcionan un alivio temporal, pero que refuerzan el ciclo de dos maneras: 1) consolidando el uso continuo de dichas conductas (representado por una flecha de guiones y puntos), y 2) fortaleciendo las interpretaciones disfuncionales al impedir el

acceso a información que podría refutar las creencias iniciales (representado por una flecha punteada). Con base en lo anterior, Biglieri y Vetere (2016) aseveran que:

> La exposición con prevención de respuesta, entonces, sería un medio eficaz para que el paciente incorpore información valiosa sobre la materialización de las consecuencias temidas al no ejecutar el ritual. De esta manera, el tratamiento es considerado un proceso de aprendizaje activo, en donde es el paciente quien puede obtener de su propia experiencia los recursos para superar la patología. (pp. 371-372)

Figura 18

Modelo Cognitivo Conductual del TOC

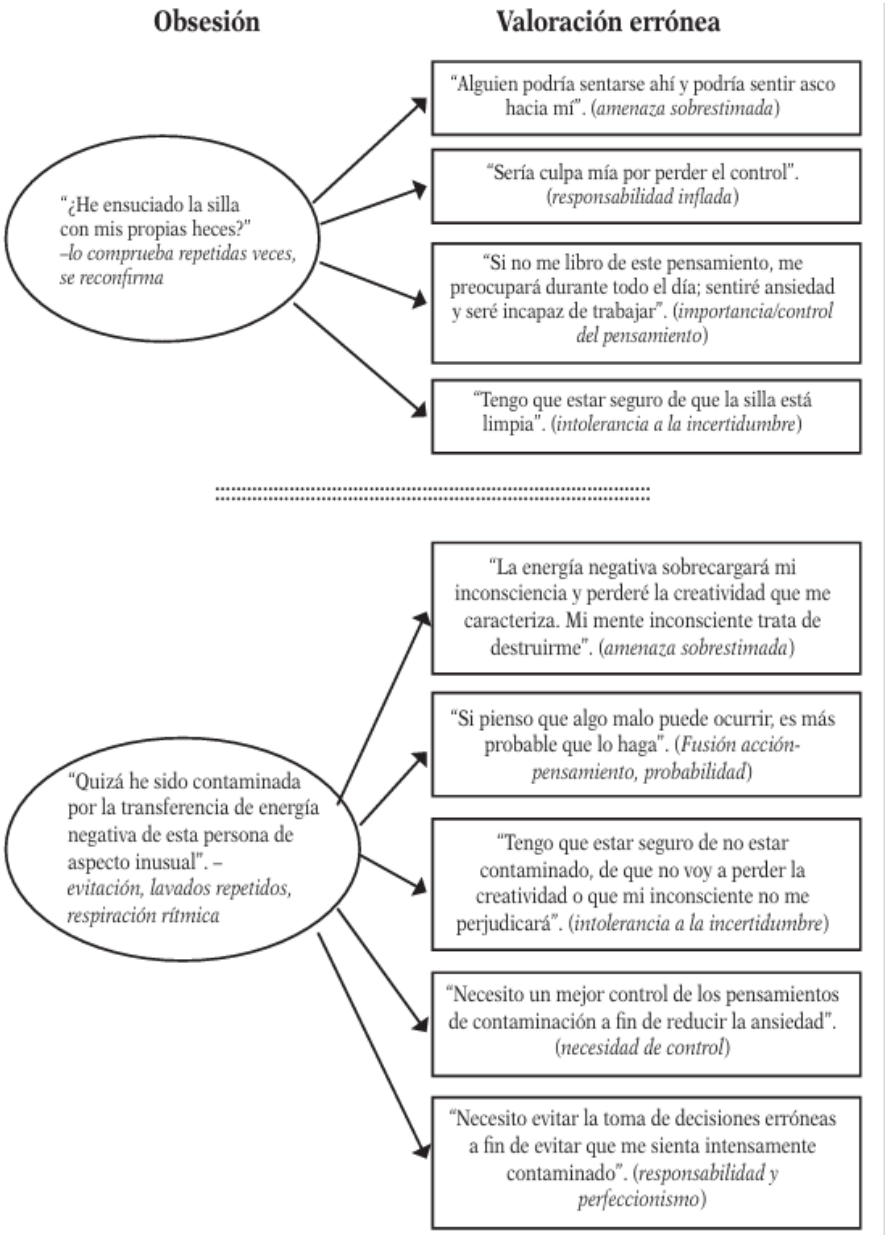


Nota. Adaptado de Aportes del S. XXI a las Terapias Cognitivas (p. 25), por Obst Camerini., 2012, CATREC

La Figura 19 muestra cuatro tipos de obsesiones clínicas (contaminación por contacto, contaminación mental, comprobación y obsesiones puras) que ejemplifican cómo las valoraciones erróneas contribuyen a la persistencia de estas obsesiones.

Figura 19

Ilustraciones clínicas de la relación entre la obsesión-valoración errónea



Nota. Adaptado de Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad (p. 755), por Clark y Beck., 2012, Desclée de Brauwer

Finalmente, aunque el gráfico no lo representa de manera explícita, es crucial comprender que en la mayoría de los casos de TOC la activación de ciertos esquemas contribuye al desarrollo de procesos automáticos, entre los que destacan los errores de procesamiento cognitivo, especialmente la Confusión Inferencial cuyo razonamiento inductivo intensifica los sentimientos de duda y confusión, lo que a su vez aumenta la percepción amenazante de la preocupación obsesiva. Estos razonamientos defectuosos en los estados obsesivos llevan a las personas a confundir una posibilidad imaginada (por ejemplo, preguntarse si han contraído una enfermedad mortal al rozarse con alguien considerado sucio) con una realidad tangible, lo que las impulsa a actuar "como si" ese miedo fuera cierto (O'Connor & Robillard, 1999, como se citó en Clark y Beck, 2012). Otras distorsiones también presentes son los errores categorización, la confusión de eventos comparables, el uso selectivo de información fuera de contexto, la confianza en secuencias imaginarias, la inferencia invertida y la desconfianza en la percepción normal.

Evaluación y Tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo:

Herramientas y Casos Clínicos

Instrumentos de Evaluación para el TOC

Según Márquez et al. (2014), la evaluación del Trastorno Obsesivo-Compulsivo tiene varios objetivos clave. En primer lugar, se busca realizar un diagnóstico diferencial preciso que permita distinguir el TOC de diagnósticos semejantes, así como la presencia de otros trastornos comórbidos. Además, es crucial identificar las características específicas de las obsesiones y compulsiones, así como las respuestas de ansiedad y evitación asociadas. Otro objetivo importante es determinar la frecuencia, intensidad y duración de los síntomas, así como el grado en que estos afectan la vida cotidiana del paciente.

Aunque el TOC ya no se clasifica dentro de los Trastornos de Ansiedad, es adecuado, sin embargo, ofrecer al lector un árbol de decisión diagnostica basado en el DSM-4 como se muestra en la Figura 20, para que pueda discriminar entre el Trastorno Obsesivo Compulsivo y los Trastornos de Ansiedad, debido a la alta complejidad y la frecuente comorbilidad entre ambos trastornos.

Siguiendo a Clark y Beck (2012), una primera aproximación a la evaluación del TOC, es a través de las medidas de informe, entre las que se recomiendan la utilización del SCID-IV y el ADIS-IV, siendo este último de una particular importancia al ofrecer un rastrillaje más completo acerca del contenido especifico de las obsesiones y compulsiones, así como un índice de gravedad, insight, y patrones de evitación, siendo una desventaja la duración requerida para su administración que varía entre 2 y 4 horas.

Otras escalas, también recomendadas y elaboradas por expertos en el área, son las siguientes:

I. Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown (Y-BOCS). Es una herramienta clínica utilizada para medir la gravedad y los tipos de síntomas del TOC. Esta escala se administra como una entrevista semiestructurada y evalúa aspectos como las obsesiones, compulsiones, tiempo perdido, interferencia, distrés, resistencia y control, tardando entre 30 y 45 minutos en completarse (Berrío García y Luciano Restrepo, 2017).

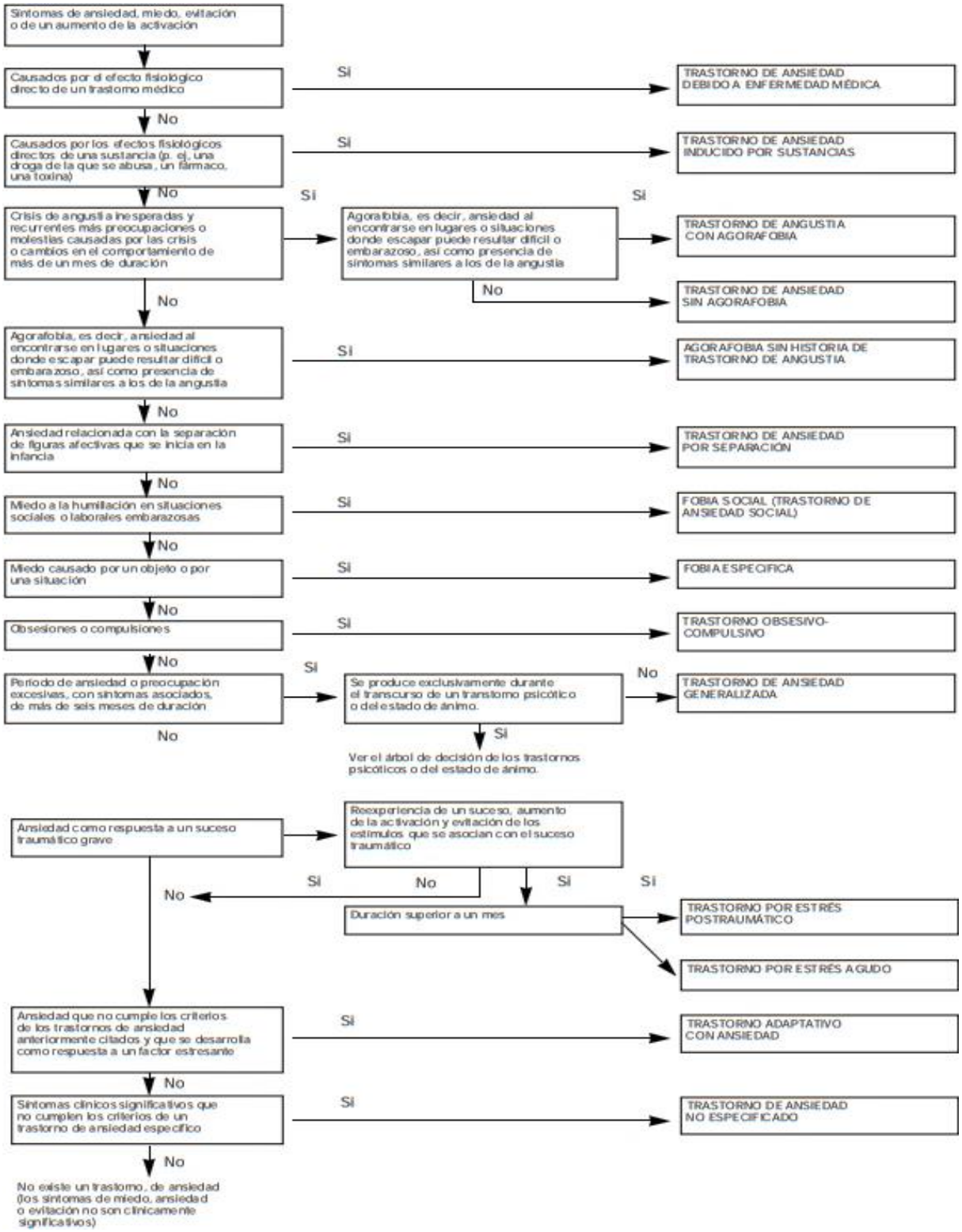
II. Inventario Obsesivo-Compulsivo de Clark-Beck (CBOCI). Instrumento que se basa en el DSM-4 y las teorías cognitivo-conductuales para evaluar la frecuencia e intensidad de los síntomas del TOC. Este cuestionario se divide en dos subescalas: obsesiones y compulsiones (Berrío García y Luciano Restrepo, 2017).

III. El Inventario Obsesivo-Compulsivo (OCI). Es un autoinforme que mide tanto la frecuencia como la gravedad de la angustia relacionada con obsesiones y compulsiones, y es aplicable tanto a la población general como a pacientes clínicos (Berrío García y Luciano Restrepo, 2017).

IV. El Inventario de Padua (PI). Utilizado para evaluar la intensidad de los síntomas obsesivos y compulsivos en diferentes poblaciones, permitiendo discriminar pacientes con TOC y con otros diagnósticos. Este instrumento mide obsesiones y compulsiones a través de subescalas como contaminación, comprobación, rumiación y urgencia/preocupación, y se completa en aproximadamente 30 minutos (Berrío García y Luciano Restrepo, 2017).

Figura 20

Árbol de decisión diagnóstica para los trastornos de ansiedad



Nota. Adaptado de Tratado de Psiquiatría (p. 533-534), por Hales et al., 2012, Artmed

V. Inventario Maudsley de Obsesión-Compulsión (MOCI). Cuestionario diseñado para distinguir entre personas con TOC y aquellas con rasgos de personalidad obsesivos, evaluando comportamientos y rituales obsesivo-compulsivos en un tiempo de 10 a 15 minutos. (Berrío García y Luciano Restrepo, 2017).

Cruzado Rodríguez (2014), nos ofrecen un resumen de los principales cuestionarios específicos del TOC, los cuales pueden verse en la Figura 21.

Figura 21

Cuestionarios e inventarios de evaluación del TOC

Instrumentos generales
— Inventario obsesivo compulsivo de Maudsley (*Maudsley Obsessional Compulsive Inventory,* MOCI; Hodgson y Rachman, 1977).
— Inventario obsesivo compulsivo de Vancouver (*Vancouver Obsessional Compulsive Inventory, VOCI;* Thordarson, Radomsky, Rachman, Shafran, Sawchuk y Hakstian, 2004).
— Inventario de Padua (*Padua Inventory, PI;* Sanavio, 1988).
— Inventario de Padua, revisión de la Universidad Estatal de Washington (*Padua Inventory-Washington State University Revision, PI-WSUR;* Burns, Keortge, Formea y Sternberger, 1996).
— Inventario obsesivo compulsivo (*Obsessive-Compulsive Inventory,* OCI; Foa, Kozak, Salkovskis, Coles y Amir, 1998).
— Inventario obsesivo compulsivo revisado (*Obsessive-Compulsive Inventory-Revised,* OCI-R; Foa et al., 2002).
— Escala obsesivo compulsiva de Yale-Brown, versión de autoinforme (*Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale -Self-Report Version,* Y-BOCS *Self-Report;* Baer, 1994).
— Lista de comprobación de actividades compulsivas (*Compulsive Activity Checklist,* CAC; Philpott, 1975).
— Inventario obsesivo compulsivo de Clark y Beck (*Clark-Beck Obsessive-Compulsive Inventory;* CBOCI; Clark, Antony, Beck, Swinson y Steer, 2005).
— Inventario de pensamientos obsesivos compulsivos (*Obsessive Compulsive Thoughts Checklist,* OCTC; Bouvard et al., 1997).
— Inventario de compulsiones, obsesiones e impulsos patológicos (*Schedule of Compulsions, Obsessions and Pathological Impulses,* SCOPI; Watson y Whu, 2005).
— Escala de acomodación familiar para el trastorno obsesivo compulsivo (*Family Ac-comodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder,* FAS; Calvocoressi et al., 1999).
Instrumentos de evaluación cognitiva
— Cuestionario de cogniciones intrusas (*Cognitive Intrusions Questionnaire,* CIQ; Freeston y Ladouceur, 1993).
— Entrevista estructurada sobre neutralización (*Structured Interview* on *Neutralization;* Freeston, Ladouceur, Provencher y Blais, 1995).
— Inventario de creencias relacionadas con las obsesiones (*Inventory of Beliefs Related to Obsessions,* IBRO; Freeston, Ladouceur, Gagnon y Thibodeau, 1993).
— Escala de fusión pensamiento-acción (*Thought-Action Fusion Scale,* TAFS; Shafran, Thordarson y Rachman, 1996).
— Cuestionario de creencias obsesivas (*Obsessive Beliefs Questionnaire,* OBQ; *Obsessive Compulsive Cognitions Working Group,* 2003, 2005).
— Inventario de interpretación de cogniciones intrusas (*Interpretation of Intrusions Inventory,* III; *Obsessive Compulsive Cognitions Working Group,* 2005).
— Escala de actitud hacia la responsabilidad (*Responsability Attitude Scale,* RAS; Salkovskis et al., 2000).
— Cuestionario de interpretaciones de responsabilidad (*Responsibility Interpretations Questionnaire,* RIQ; Salkovskis et al., 2000).
— Escala de indecisión de Frost (*Frost Indecisiveness Scale;* FIS; Frost y Shows, 1993).
— Cuestionario de control de pensamientos (*Thought Control Questionnaire,* TCQ; Wells y Davies, 1994).
— Cuestionario sobre cumplimiento del tratamiento, versión del paciente (*Treatment Adherence Survey-Patient version,* TAS-P; Mancebo, Pinto, Rasmussen y Eisen, 2008).

Nota. Adaptado de Manual de Psicopatología y Trastornos Psicológicos (p. 267), por Caballo et al., 2014, Pirámide.

Clark y Beck en Terapia Cognitiva para los Trastornos de Ansiedad (2012), proponen como evaluación estándar, la administración conjunta del Y-BOCS y el CBOCI como una manera de complementar la perspectiva del profesional y el autoinforme del paciente, siendo útil la inclusión del VOCI con el objetivo de lograr un análisis más detallado al momento de obtener información sobre el TOC.

Además de estos cuestionarios específicos, se utilizan otras herramientas para complementar la evaluación del TOC, como las listas de chequeo y los autoregistros. Las listas de chequeo, como el Inventario de Pensamientos Obsesivo-Compulsivos (OCTC) y la Lista de Verificación de Actividades Compulsivas (CAC), tienen como objetivo identificar los síntomas obsesivos y compulsivos más comunes en el paciente. Los autoregistros, como el Registro Diario de la Obsesión Primaria y el Registro de Estrategias de Control Asociadas a la Obsesión Primaria (ambos disponibles en Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad, de Clark y Beck pp. 809-810), permiten recopilar datos sobre la frecuencia, nivel de angustia, esfuerzos de control y urgencia de neutralización antes del tratamiento, así como evaluar la mejoría del paciente tras la intervención (Berrío García y Luciano Restrepo, 2017).

Intervenciones Basadas en la Evidencia para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo

Según Cruzado Rodríguez (2014), respaldado por investigaciones como las de Demet et al. (s.f.) y Torres et al. (2006/2007), el Trastorno Obsesivo-Compulsivo tiende a ser crónico con una baja tasa de remisión espontánea en ausencia de tratamiento adecuado. Además, muchas personas con TOC demoran en buscar atención en salud mental, y a menudo no reciben los tratamientos apropiados. Los pacientes con mayor comorbilidad y compulsiones son quienes más

frecuentemente acuden a los servicios de salud, mientras que aquellos con obsesiones puras y sin comorbilidad son menos propensos a buscar ayuda.

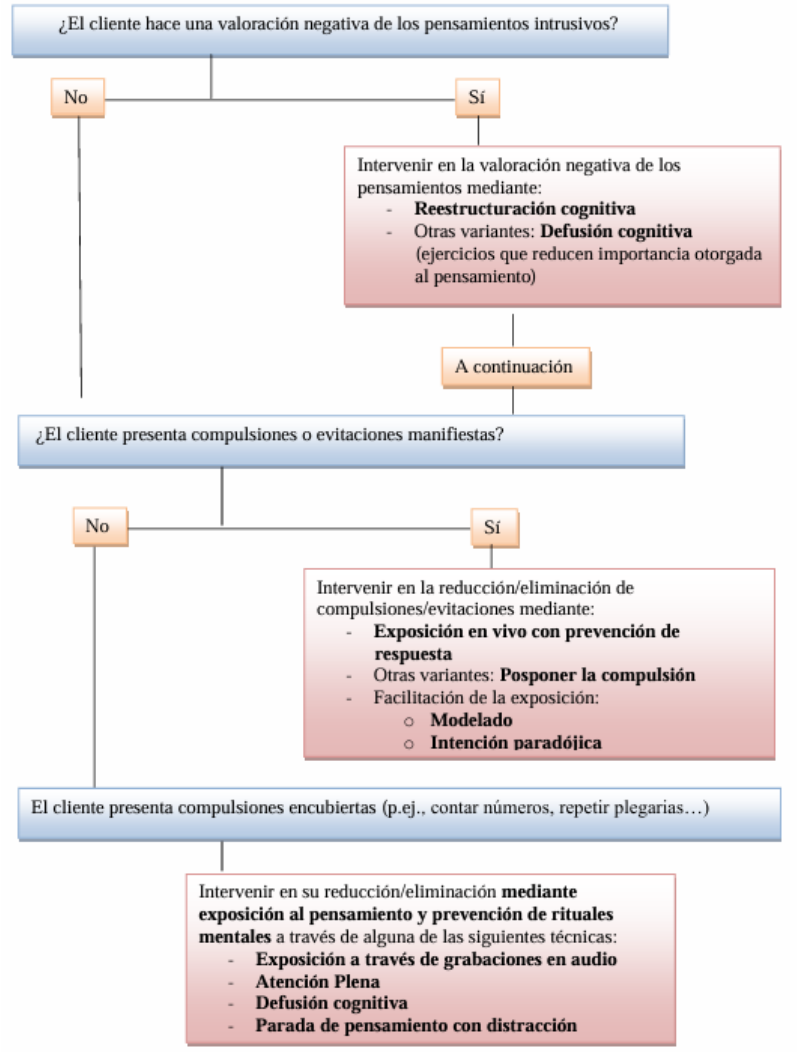
La evidencia científica recopilada a lo largo de los últimos años, indica que existen al día de la fecha, tres tratamientos efectivos para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo: La Exposición con Prevención de Respuesta, las Terapias Cognitivas, y el Tratamiento Farmacológico (Vallejo Pareja, 2013). En 1997, el Journal of Clinical Psychiatry tras encuestar a más de 60 expertos mundiales en TOC para identificar el mejor tratamiento para este trastorno, concluyó en su artículo "Expert consensus treatment guidelines for obsessive-compulsive disorder: a guide for patients and families" (Directrices de tratamiento por consenso de expertos para el trastorno obsesivo-compulsivo), que la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) era "el tratamiento psicoterapéutico de elección para niños, adolescentes y adultos con TOC, siendo el componente clave del tratamiento" (March et al., p. 4).

Por su parte, las intervenciones de corte psicodinámico no han podido demostrar su eficacia, generando solo breves mejorías en el padecimiento de esta alteración (Valaer Rubio, 2015).

En la Figura 22 puede verse un árbol de decisión diagnostica en cuanto al tratamiento de elección adecuado según la manifestación clínica del trastorno.

Figura 22

Árbol de decisión para la intervención en TOC



Nota. Adaptado de Guía para la Intervención Psicológica en el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (p. 34), por Márquez et al., 2014, Facultad de Psicología UAM

Terapia Conductual

La terapia de Exposición y Prevención de Respuesta (EPR) es ampliamente reconocida como el tratamiento de primera elección para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC). Según Cruzado Rodríguez (2014), aunque este tratamiento es efectivo, aproximadamente un 25% de los

pacientes no se adhieren completamente a él. En esta misma línea, sostienen al igual que Hollander y Simeon (2012), que la EPR se divide en dos componentes esenciales: la exposición prolongada a los estímulos que desencadenan las obsesiones (durante 45 minutos a dos horas), y las técnicas de prevención de respuesta que buscan reducir la frecuencia de los rituales o pensamientos obsesivos.

El objetivo de las técnicas de exposición es lograr la habituación al estímulo, disminuyendo así el malestar asociado (Gavino et al., 2018). Según estos autores, la Exposición requiere que los pacientes se enfrenten al estímulo temido, como por ejemplo la suciedad, sin recurrir a rituales como el lavado de manos excesivo, mientras la Prevención de Respuesta busca ayudar a los pacientes a tolerar la incertidumbre sin caer en comprobaciones repetitivas.

Sin embargo, se ha observado que los pacientes que presentan principalmente obsesiones puras o de rituales encubiertos, responden menos favorablemente al tratamiento conductual (Hollander y Simeon, 2012). A pesar de esto, cuando se combinan la exposición con la prevención de respuesta, hasta un 75% de los pacientes que siguen el tratamiento logran una mejoría significativa (Díaz et al., 2017).

Algunos autores creen que la autoexposición es el componente más poderoso del tratamiento, y que adición de exposición imaginada a la exposición in vivo puede ayudar a mantener los beneficios terapéuticos, reduciendo el temor a catástrofes futuras (Marks et al., 1988 y Steketee et al., 1982; ambos citados en Hollander y Simeon, 2012). Por su parte, Franklin y Foa (2023) han demostrado que la combinación de exposición in vivo y prevención de respuesta es altamente efectiva y superior a su implementación por separado, ostentando una mejoría global más significativa en los pacientes. El 75% de los pacientes presentas mejorías,

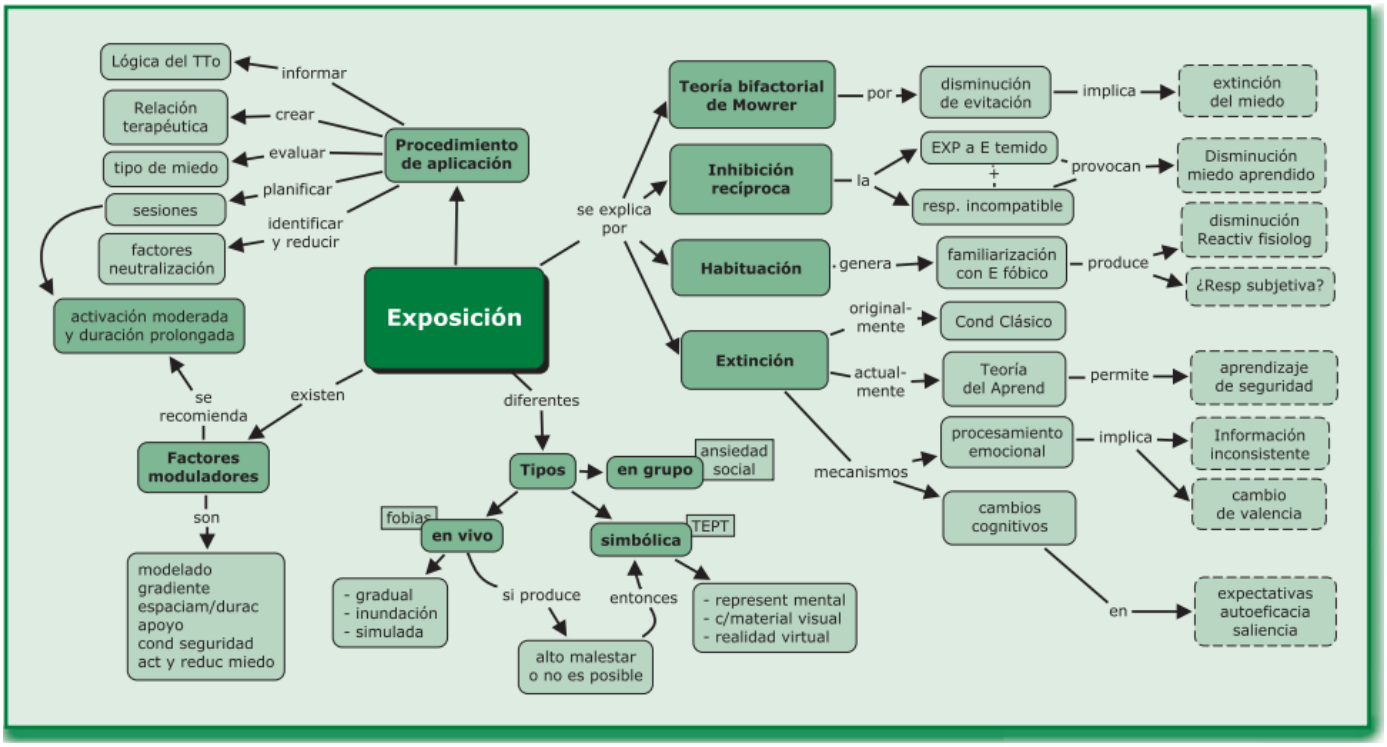
sobre todo en casos de compulsiones manifiestas, y suelen mantenerse por al menos dos años, con una tasa de recaídas de alrededor del 12% (Cruzado Rodriguez, 2014).

La Figura 23 sintetiza los principales componentes teóricos y procedimentales de la técnica de exposición, destacando su fundamentación en los modelos de habituación, inhibición recíproca y teoría del aprendizaje, y su función esencial en la extinción del miedo y la disminución de la evitación. En el tratamiento del TOC, la EPR constituye una aplicación específica de este principio general, en el que la prevención de respuesta no implica que el terapeuta impida directamente la compulsión, sino que el propio paciente, comprendiendo los mecanismos del trastorno, asume la responsabilidad de resistir la urgencia de ejecutar sus rituales, promoviendo así el aprendizaje de seguridad y la reducción progresiva de la ansiedad.

Tal como muestra el esquema, la exposición puede adoptar distintas modalidades en función de las características del paciente y del tipo de obsesiones. La exposición en vivo es la más utilizada cuando las obsesiones están asociadas a estímulos concretos (objetos contaminantes o actos de comprobación), y puede aplicarse de manera gradual, por inundación o simulada, dependiendo del nivel de tolerancia y del objetivo terapéutico. Por su parte, la exposición simbólica o imaginaria se recomienda cuando los temores o compulsiones son principalmente cognitivos, como en el caso de los pacientes con TOC puro. En estos casos, el contenido obsesivo no depende de un estímulo externo, sino de pensamientos, imágenes o impulsos, por lo que la intervención se orienta a mantener deliberadamente en imaginación los contenidos intrusivos mientras se previene toda forma de ritualización encubierta. Esta modalidad puede complementarse con materiales visuales, representaciones mentales guiadas favoreciendo la activación emocional controlada y prolongada, condición esencial para los procesos de habituación, cambio cognitivo y extinción del miedo.

Figura 23

Mapa Conceptual de las Técnicas de Exposición



Nota. Adaptado del Manual de Técnicas y Terapia Cognitivo Conductuales (p. 240), por Díaz et al., 2017, Desclée De Brouwer

Investigaciones más recientes, desarrolladas por el Modelo de Aprendizaje Inhibitorio propuesto por Craske et al. (2014), han ampliado esta concepción, planteando que el objetivo terapéutico no es únicamente reducir la ansiedad durante la exposición, sino generar un nuevo aprendizaje que inhiba la asociación previa entre el estímulo y el peligro percibido. Desde este enfoque, la exposición no busca "acostumbrar" al paciente a la ansiedad, sino crear una nueva memoria de seguridad que compita con la memoria del miedo original, proceso que promueve una actualización cognitiva profunda, en la que el paciente deja de interpretar la ansiedad como señal de peligro y comienza a experimentarla como una respuesta transitoria y no amenazante.

Así, en las fases avanzadas del tratamiento, el foco se desplazaría de la mera reducción del malestar subjetivo (USAs) hacia la aceptación del disconfort como parte natural del proceso y la consolidación de aprendizajes inhibitorios. Este cambio de paradigma permite sostener la eficacia a largo plazo del tratamiento, al disminuir la probabilidad de reinstauración del miedo o de recaídas posteriores.

Enfoque Cognitivo

Según Vallejo Pareja (2013), no existe estrictamente un tratamiento cognitivo para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), sino más bien, aportaciones cognitivas dentro de la Exposición con Prevención de Respuesta (EPR), ya que al ser la EPR la intervención de base, las investigaciones se han elaborado a partir de explorar cómo las técnicas cognitivas, como el entrenamiento en auto instrucciones, la terapia racional emotiva y la terapia cognitiva de Beck, pueden complementarla. Además, es menester considerar que, si bien la EPR no se centra directamente en la modificación cognitiva, sí induce cambios en los procesos de pensamiento a través de la extinción, lo que permite a los pacientes reclasificar sus obsesiones como no amenazantes (Gavino et al, 2018).

De acuerdo con Caballo et, al. (2014), las técnicas cognitivas se utilizan frecuentemente en combinación con la EPR con el objetivo de modificar interpretaciones disfuncionales de las obsesiones, como la responsabilidad excesiva o la fusión pensamiento-acción. Estas técnicas incluyen la reestructuración cognitiva y los experimentos conductuales, que ayudan a los pacientes a reinterpretar sus pensamientos obsesivos de manera menos amenazante. En este sentido, Kodysz (2015), basado en el trabajo de Salkovskis (1985), enfatiza que una forma

efectiva de cambiar una interpretación disfuncional es ayudar al paciente a desarrollar una interpretación alternativa menos alarmante, comprendiendo que el problema radica en el pensamiento y no en un peligro real del que debe responsabilizarse y hacer lo necesario por prevenirlo.

Así, la intervención cognitiva propuesta por Belloch y colaboradores (2014, 2024) que incluye estas estrategias para el tratamiento del TOC, a diferencia de la Terapia Cognitiva de Beck, no se orienta a la corrección de pensamientos automáticos circunstanciales, sino al trabajo profundo sobre las creencias obsesivas nucleares, entendidas como los esquemas cognitivos que predisponen a interpretar los pensamientos intrusivos como altamente significativos, peligrosos o moralmente inaceptables.

Por ello, mientras que la reestructuración cognitiva tradicional busca discutir la veracidad de un pensamiento concreto, la intervención cognitiva de Belloch se dirige a desmantelar el sistema de creencias subyacente que otorga significado patológico a dichos pensamientos. El objetivo no es sustituir un pensamiento por otro más racional, sino modificar la relación que el paciente establece con sus pensamientos, promoviendo una interpretación más flexible y no amenazante.

Sin embargo, la investigación en este campo enfrenta desafíos significativos. Existen pocos estudios que cumplan con los estándares metodológicos adecuados, y que, a su vez, las características del tratamiento EPR aplicado se ajusten a los estándares de esta intervención. Esto dificulta la evaluación de la eficacia de las técnicas cognitivas en comparación con la EPR cuando se utilizan por separado o en combinación (Vallejo Pareja, 2001).

Conceptualización y Formulación de Casos desde la TCC. Es importante a estas alturas, destacar un apartado especial para la Conceptualización que nos ofrece el Modelo Cognitivo-Conductual, por considerarse este en palabras de Judith Beck, como "la piedra angular de la Terapia Cognitiva" (2007, p. 39), ya que de él deriva la manera de entender e intervenir un trastorno específico (2000)

La necesidad de incorporarla como estrategia previa a la intervención debe su fundamento a que las Terapias Cognitivo-Conductuales se caracterizan por un manejo metodológico riguroso del caso, una estructura definida, y además son directivas y con una duración limitada (Rush et al., 1977; Clark, 1995, ambos citados en Gabalda, 2009). Por ello, es altamente útil contar con herramientas que faciliten la recolección y organización de la información, lo que contribuye a estructurar el caso y a diseñar el plan de tratamiento (Persons & Bertagnolli, 1999, como se citó en López Pell y Brasca, 2013).

Según Riso (2006), la Conceptualización Cognitiva se caracteriza por la planificación y ejecución del tratamiento basadas en principios y una metodología cognitiva. La Terapia Cognitivo-Conductual, por lo tanto, no debe limitarse a un conjunto de técnicas, sino que debe entenderse como una forma de pensar y estructurar los problemas del paciente en un conjunto de datos integrados conceptualmente.

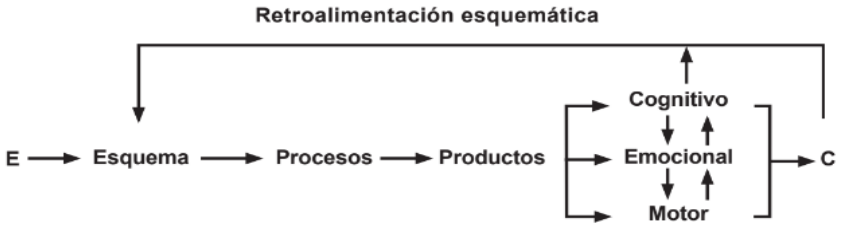
Como sostiene Judith Beck (2000), aunque la terapia debe adaptarse a cada individuo, existen ciertos principios fundamentales en su aplicación. Este principio, parte de la premisa reflexiva de Epicteto (55-135 d.C.), quien sostenía que "no son las cosas las que turban a los hombres, sino la opinión que de ellas forman" (como se citó en Ataide y Portugal, 1802, p. 76). Esta perspectiva epistemológica propia del Realismo, y que subyace en la Terapia Cognitiva, es coherente con la visión de Rubinstein (1964) desde la psicología soviética, quien sugirió que las

causas externas influyen a través de las condiciones internas en un proceso dialéctico (como se citó en González Serra, 2013).

En este punto, Riso (2006) presenta un diagrama que facilita la comprensión de la ecuación básica sobre la cual se estructuran y fundamentan los modelos cognitivos (ver figura 24).

Figura 24

Ecuación Informacional Básica de los Modelos Cognitivos



Nota. Adaptado de Terapia Cognitiva. Fundamentos Teóricos y Conceptualización del Caso Clínico (p. 39), por Riso, 2006, Editorial Norma

En este modelo, se muestra cómo los eventos ambientales (E) actúan sobre un esquema de base (una estructura que contiene significados y teorías sobre uno mismo, el mundo y el futuro, así como constructos personales). Este esquema organiza y guía la información entrante y saliente a través de procesos informacionales específicos, como la atención, percepción, memoria y análisis inferencial. Estos procesos generan conclusiones o productos finales (cognitivos, emocionales y motores), que luego interactúan entre sí y con el ambiente, retroalimentando el esquema de base, fortaleciéndolo o debilitándolo, dependiendo de la situación.

A partir de aquí, entra en juego el Primer Principio de la Terapia Cognitivo-Conductual, el cual plantea que "la terapia cognitiva se fundamenta en una formulación dinámica del paciente

y sus problemas, planteada en términos cognitivos" (Beck, 2000, p. 21). Esto implica que el terapeuta debe conceptualizar las dificultades del paciente desde el inicio en tres fases: a) identificar los pensamientos actuales que generan emociones y comportamientos problemáticos, los cuales a su vez refuerzan los pensamientos disfuncionales; b) discriminar los factores desencadenantes que afectan las percepciones distorsionadas; y c) desarrollar hipótesis sobre situaciones clave en el desarrollo y patrones persistentes de interpretación que puedan haber predispuesto al paciente.

En base a ello, la Conceptualización del Caso puede ser definida como un “proceso por el cual terapeuta y cliente trabajan de forma colaborativa para describir los problemas que un cliente presenta y, a continuación, explicarlos. Su función consiste en guiar la terapia a fin de aliviar la angustia y crear resiliencia” (Kuyken, 2017, p. 33). Nezu et al. (2004), añaden que “la descripción detallada de síntomas ambientales e intrapersonales faculta la comprensión del modo en que coexisten estos y, a su vez, provee una explicación del por qué persisten a través del tiempo” (como se cito en Nezu et al., 2006, p. 13).

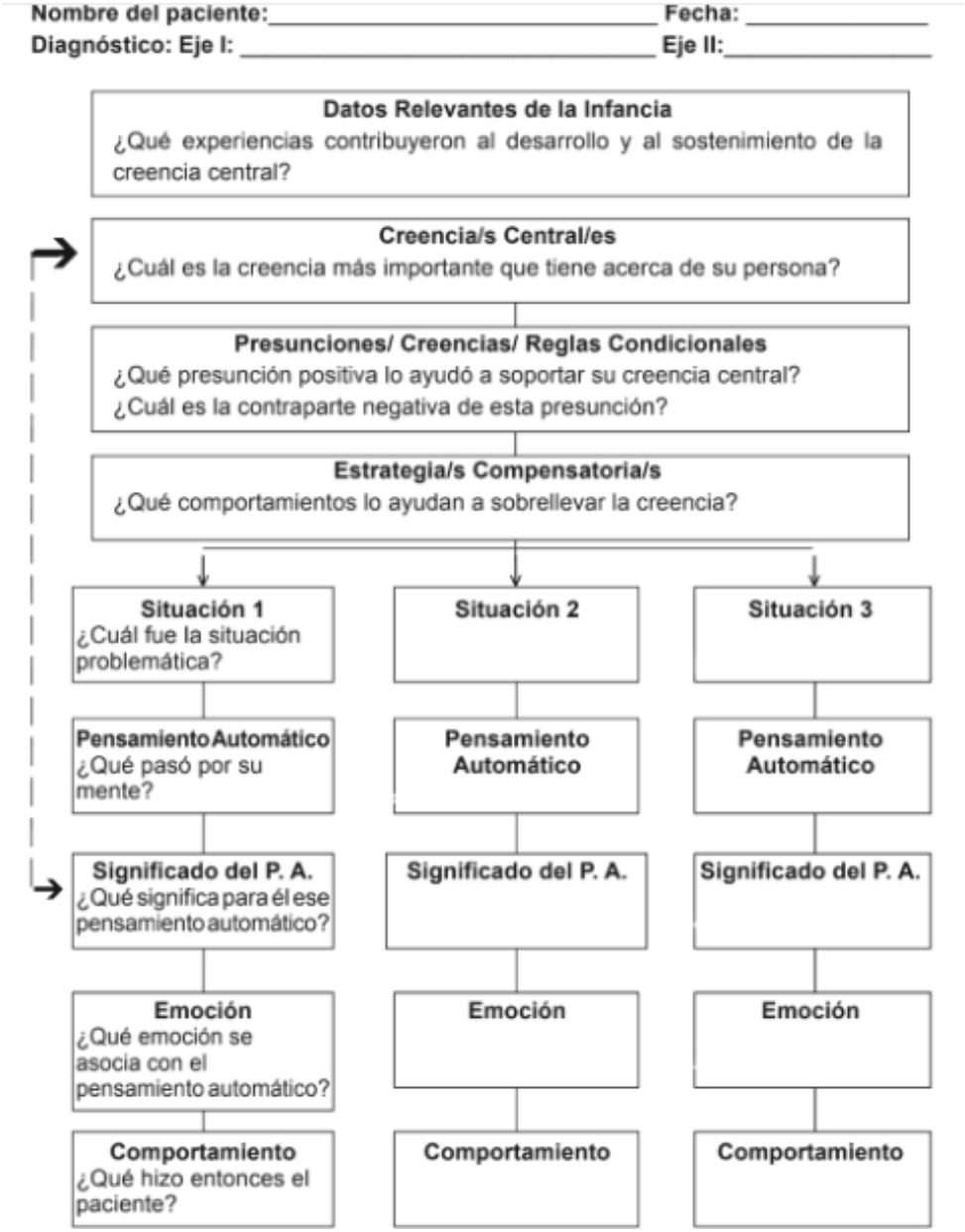
Keegan (2008) sugiere visualizar la conceptualización como un mapa que guía tanto al terapeuta como al paciente. A través del empirismo colaborativo, ambos recorren este camino para comprender la situación y adquirir los recursos necesarios para el progreso del paciente. Este "mapa" proporciona una visión clara de lo que sucede, cómo se llegó a esa situación y las posibles formas de modificarla.

Judith Beck (2000) presenta un Diagrama de Conceptualización Cognitiva que proporciona un esquema para organizar de manera breve y sintética la información del paciente (ver Figura 25). El trabajo de Persons (2008, como se citó en Lopez Pell y Brasca, 2013) complementa el de Beck al proponer un esquema para estructurar un Plan de Tratamiento basado

en los problemas relevantes del paciente, incluyendo los objetivos, la forma de medirlos, el formato y frecuencia de las sesiones, las intervenciones a utilizar, otros posibles tratamientos necesarios y los obstáculos previstos en el desarrollo de la terapia (ver Figura 26).

Figura 25

Diagrama de Conceptualización Cognitiva



Nota. Adaptado de Terapia Cognitiva. Conceptos Básicos y Profundización (p. 175), por Beck, J., 2000, Gedisa Editorial

Figura 26

Diagrama de Formulación Inicial de Caso y Plan de Tratamiento de Persons (2008)

Nombre y otros datos identificatorios:
A) Lista de problemas
1.
2.
3.
4.
5.

B) Diagnóstico
Eje I:
Eje II:
Eje III:
Eje IV:
Eje V:

C) Hipótesis de trabajo
Al menos tres situaciones problemáticas típicas, con sus pensamientos automáticos, emociones, conductas y significado que les da (Beck).
C1) Creencias Intermedias (supuestos y estrategias):
C2) Creencias nucleares con respecto a:
a) sí mismo:
b) los otros:
c) la vida:
d) el futuro:
C3) Orígenes de estas creencias:
C4) Precipitantes (y si es un trastorno crónico, qué precipitó la consulta)
C5) Situaciones activadoras
C6) Resumen de la Hipótesis de Trabajo

D) Fortalezas y ventajas del paciente:

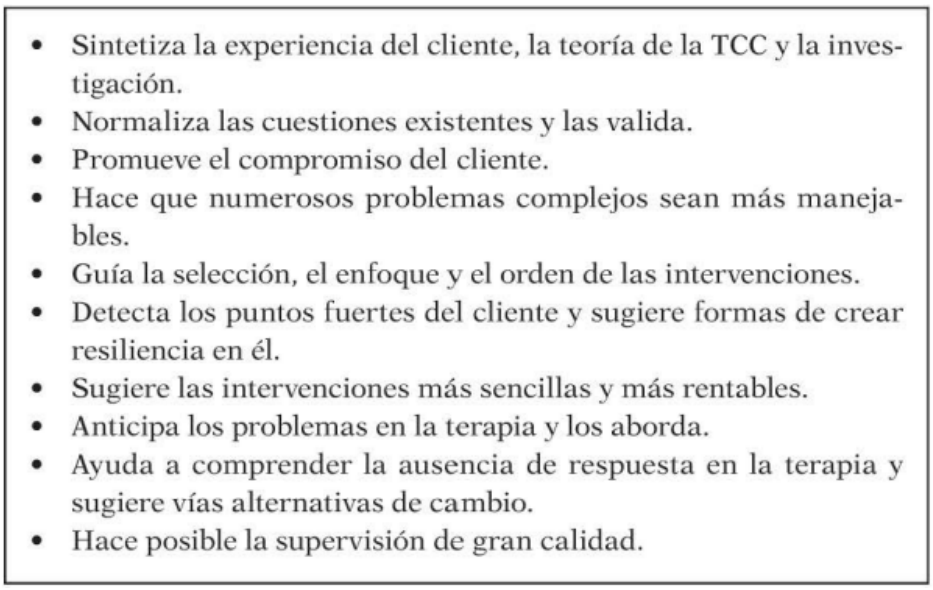
E) Plan de Tratamiento
E1. Objetivos y cómo se los medirá
E2. Formato y frecuencia:
E3. Intervenciones que se utilizarán
E4. Otros tratamientos que hacen falta
E5. Obstáculos que se anticipan en el curso de la terapia

Nota. Adaptado de Conceptualización y Formulación de Casos Clínicos desde los Modelos de Judith S. Beck y Jacqueline B. Persons (p. 12), por Lopez Pell y Brasca, 2013, UAI

La finalidad no deja de ser otra que aliviar la angustia de los pacientes y fomentar su resiliencia (Kuyken, 2017). Estos dos propósitos se logran al cumplir con diez funciones esenciales, como se detalla en la figura 27.

Figura 27

Funciones de la Conceptualización del Caso en la TCC.



Nota. Adaptado de Conceptualización Colaborativa del Caso. Trabajar de Forrma Eficaz con los Clientes en la Terapia Cognitivo-Conductual (p. 37), por Kuyken et al.., 2017, Desclée De Brouwer.

Con el fin de alcanzar este objetivo, es fundamental, según Nezu et al. (2006), tener en cuenta la perspectiva del mundo del paciente e integrarla en las conceptualizaciones clínicas. Negry (2000) y Ponterotto (2001, ambos citados en Riso, 2006) destacan entre sus beneficios, el hecho de que la inclusión de la perspectiva global, grupal, cultural e ideológica del paciente en la formulación clínica fortalece el proceso terapéutico, permitiendo una mayor claridad en los objetivos de tratamiento y favoreciendo la promoción y prevención del problema, además de relativizar la conducta patológica Asimismo, induce al terapeuta a reflexionar sobre cómo su

visión del mundo puede influir en la terapia, e identificar, reconocer y comunicar cómo sus propias creencias ideológicas, religiosas y su sistema de valores pueden generar estereotipos o prejuicios, lo que podría desviar los objetivos de la intervención o imponer perspectivas inapropiadas para el paciente, para así promover una actitud pluralista y una mayor adherencia del paciente al tratamiento.

Finalizando, Keegan (2008) afirma que, contrariamente a lo que muchos piensan, las terapias cognitivas no se limitan a un conjunto de técnicas combinadas mecánicamente según un protocolo. Tal como afirma Persons & Davidson (2001, como se citó en Riso, 2006), la conceptualización implica la aplicación de una teoría específica a un caso particular, lo que constituye una "teoría individualizada" del paciente que explica cómo operan los principios generales en ese contexto específico. Además, en apalabras de este autor, “una conceptualización del caso sólida y bien estructurada incrementa las probabilidades de éxito terapéutico, y por tal razón es imprescindible que exista una fuerte amalgama entre el sustrato teórico del modelo y la experiencia clínica del psicólogo” (p. 25). Keegan coincide al destacar que el terapeuta debe tener conocimientos tanto conceptuales como prácticos, ya que “un tratamiento cognitivo de excelencia presenta un equilibrio perfecto entre arte y estructura, entre conceptualización y técnica” (2008, p. 76).

Abordaje Farmacológico

Los avances recientes en la farmacoterapia del TOC han renovado el interés por este trastorno, que hasta hace algunas décadas era considerado una enfermedad difícil de tratar. Actualmente, se conoce que tiene un componente biológico significativo, y que responde

favorablemente a los inhibidores de la recaptación de la serotonina, como pueden ser la clomipramina, la fluoxetina y la fluvoxamina (Vallejo Pareja, 2013). El tratamiento farmacológico del TOC se resume en la Figura 28

Figura 28

Tratamiento Farmacológico del Trastorno Obsesivo-Compulsivo

Inhibidores de la recaptación de la serotonina

Indicaciones generales: Primer tratamiento de elección
Clomipramina: Eficacia mejor estudiada
Fluvoxamina: Superior a la desipramina y al placebo, bien estudiada
Fluoxetina: Efectiva
Sertralina: Efectiva, menos estudiada
Paroxetina: Efectiva, menos estudiada

Estrategias de aumentación
Indicaciones generales: Respuesta parcial a los inhibidores de la recaptación de la serotonina; presencia de otros síntomas diana
Buspirona: Ansiedad
Clonazepam: Ansiedad, insomnio, crisis de angustia
Fenfluramina: Depresión
Trazodona: Insomnio, depresión
Litio: Labilidad afectiva, características bipolares
Pimozide: Tics, características esquizotípicas, síntomas delirantes
Haloperidol: Tics, características esquizotípicas, síntomas delirantes

Tratamientos combinados
Indicaciones generales: Mala tolerancia por separado a la clomipramina o a los inhibidores de la recaptación de la serotonina; respuesta parcial por separado a la clomipramina o a los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina
Precauciones: Utilizar dosis bajas de cada fármaco. Controlar los niveles plasmáticos de clomipramina.
Clomipramina + inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina (como fluoxetina, sertralina o fluvoxamina).

Nota. Adaptado de Tratado de Psiquiatría Clínica (p. 593), por Hales et al., 2012, Artmed

La clomipramina, el fármaco mejor estudiado y un potente inhibidor de la recaptación de serotonina, ha mostrado una reducción de los síntomas del TOC entre un 40% y un 60%, aunque con efectos secundarios como sequedad de boca, temblores, sedación, náuseas y retraso en la

eyaculación en los hombres (Clomipramine Collaborative Study Group, 1991, como se citó en Goodman, 2004). Mientras antidepresivos como la nortriptilina, la desipramina y la clorgilina han demostrado su nulidad terapéutica., la clomipramina ha demostrado una efectividad antiobsesiva específica independientemente de la presencia de síntomas depresivos, y una eficacia similar tanto en pacientes obsesivos puros como ritualizadores, lo que la diferencia de la terapia conductual que tiende a presentar un mayor efecto en estos últimos (Vallejo Ruiloba et al., 2015).

Al igual que la clomipramina, otros inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, como la fluoxetina y la fluvoxamina, también han mostrado efectos antiobsesivos, aunque con una respuesta menos potente, pero con menos efectos secundarios anticolinérgicos. Por su parte, la sertralina ha demostrado ser superior al placebo en algunos estudios, aunque su efectividad sigue siendo controversial. (Hollander et al., 1991; Pigott et al., 1990; ambos citados en Hollander y Simeon, 2012).

Para los pacientes que no responden bien a estos tratamientos, se han explorado opciones de potenciación farmacológica, como el uso de buspirona, litio, triptófano, fenfluramina, trazodona, clonazepam, y en casos particulares, neurolépticos (Hewlett et al., 1990; Hollander et al., 1990; ambos citados en Hollander y Simeon, 2012). En casos extremos, se ha recurrido a la administración intravenosa de clomipramina en pacientes refractarios o, en situaciones de deterioro funcional grave, a la neurocirugía, como la cingulotomía, que ha mostrado una mejoría en un 25%-30% de los pacientes (Fallon y col., 1992; Jenike et al., 1991, ambos citados en Goodman, 2004).

No obstante, y a pesar de los avances actuales, el TOC sigue siendo una enfermedad crónica con tasas de recaída entre el 31% y el 81%, lo que sugiere que muchos pacientes

necesitarán un tratamiento farmacológico indefinido para prevenir el empeoramiento de sus síntomas (Cruzado Rodríguez, 2014).

Análisis y Estudios de Casos Clínicos

Esta última sección tiene como objetivo integrar los conocimientos teóricos expuestos en los apartados previos sobre la evaluación y el tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo, a través de la presentación de dos casos clínicos detallados, seleccionados específicamente por sus características diferenciadas dentro del espectro del trastorno. Uno de los casos contempla rituales motores y comorbilidad con Depresión, mientras que el otro se enfoca en obsesiones puras y rituales encubiertos. A lo largo del capítulo, se analizarán las fases claves del proceso terapéutico: desde la presentación del caso, las primeras entrevistas, la conceptualización cognitiva, la formulación y aplicación del tratamiento, hasta los resultados pre y post intervención. Este enfoque teórico-práctico permitirá ilustrar cómo se implementan las técnicas de la Terapia Cognitivo-Conductual en distintos subtipos de TOC, destacando el uso de los instrumentos de evaluación y la evolución del paciente a lo largo del tratamiento.

Para facilitar la lectura y evitar redundancias, se presentará primero una descripción general de los procedimientos llevados a cabo en las primeras entrevistas que son comunes en ambos casos clínicos. Posteriormente, se pasará al análisis detallado de cada caso individualmente, profundizando en las particularidades de cada uno, según el tipo de manifestación del Trastorno Obsesivo-Compulsivo.

Entrevistas Iniciales

Las primeras entrevistas con el paciente persiguen una serie de objetivos imprescindibles para el buen funcionamiento de la clínica terapéutica, entre ellos: El consentimiento informado y el encuadre, la formación de la alianza terapéutica, el establecimiento de los objetivos de tratamiento, la evaluación de la sintomatología y gravedad del cuadro, y el análisis funcional entre síntomas obsesivos y compulsivos, todo ello con el fin de establecer una apropiada Conceptualización Cognitivo-Conductual que sea la base del a Formulación del Tratamiento, y guía del Tratamiento Aplicado de acuerdo a sus necesarias modificaciones a medida que avance la Terapia.

En las primeras entrevistas con el paciente, se inicia el proceso obteniendo el consentimiento informado, explicando detalladamente los objetivos y alcances del tratamiento, además de aclarar aspectos éticos y de confidencialidad, con la finalidad de asentar el Encuadre Terapéutico.

Tal como se instruyó en la Especialización, se destaca la importancia de los primeros cinco minutos de la sesión terapéutica, al ser cruciales porque en ese período el paciente tiende a expresar el motivo principal de su consulta, lo que establece las bases para la interacción y orientación de la terapia, permitiendo que el terapeuta comprenda las preocupaciones más urgentes del paciente (Fernández-Álvarez et al., 2003).

Dada la importancia de la escucha activa y el enfoque inicial en las prioridades del paciente para optimizar el proceso terapéutico desde el comienzo de cada sesión, se buscará formar una firme Alianza Terapéutica, es decir, una relación de confianza y colaboración, donde se discutirán las expectativas del tratamiento, alineando las mismas para mejorar el compromiso,

y se reforzará la motivación del paciente. Esto es imprescindible ya que una Alianza fuerte predice una mejoría en los resultados, mientras que una Alianza débil es indicadora de una finalización prematura del tratamiento (Martin et al., 2000, como se citó en Molina et. Al, 2006). En esta faceta se buscarán distintos objetivos, ser Congruentes y Auténticos, adoptar una posición de Aceptación Incondicional, y sobre todo ser Empáticos, percibiendo el mundo del paciente como si fuera el nuestro (Roger, 1972, como se citó en Giardini et al., 2017). Además, será la fase de la constitución del Vínculo de confianza mutua, el establecimiento de las Metas, que es el acuerdo de ambas partes con relación a los objetivos que se persiguieran y cómo conseguirlos, y el diseño y presentación de Tareas, que el paciente debe realizar para beneficiarse del tratamiento (Bordin, 1976, como se citó en Corbella y Botella, 2003). Mantener esta Alianza es crucial, ya que es una entidad dinámica que evoluciona con las demandas y fases de la terapia. En la fase inicial, se busca construir una relación terapéutica de confianza; en la fase intermedia, mantener ese vínculo; y en la fase final, alcanzar un acuerdo sobre la finalización y el proceso de separación (Luborsky, 1976, como se citó en León et al., 2001).

En conjunto, se establecerá entonces, la Lista de Problemas a abordar, priorizando aquellos que generan mayor malestar. Para ello, se evalúan aspectos como síntomas psiquiátricos, ámbitos interpersonal, ocupacional, escolar, médico, financiero, habitacional, legal, y de ocio, así como trastornos del Eje III, cuyo tratamiento requiere cambios conductuales específicos. Esto es fundamental para clarificar los focos de intervención, a partir de transformar la información diagnóstica en términos que faciliten tanto la conceptualización como la intervención desde la perspectiva cognitivo-conductual, y obtener mayor detalle sobre los síntomas específicos de los trastornos psiquiátricos de los Ejes I, II y III que experimenta el

paciente, proporcionando una visión más clara y precisa de su situación clínica, permitiendo una planificación más efectiva de la intervención

El siguiente paso será identificar las Obsesiones y Compulsiones más prominentes a través de técnicas como los autorregistros de Clark y Beck, donde el paciente realizará un *Registro Diario de la Obsesión Primaria* y *Registro de Estrategias de Control Asociadas a la Obsesión Primarias*, lo que facilita la identificación precisa de los patrones obsesivos y compulsivos que interfieren en su vida cotidiana, y como se relacionan funcionalmente entre ellos. Asimismo, y a modo de complemento, se aplicará una Batería de Test para una Evaluación Exhaustiva y mediante los cuales se podrá medir la evolución del tratamiento, utilizando los cuestionarios Y-BOCS, OCI-R, y el ICO, para medir la severidad de los síntomas y las creencias que perpetúan el trastorno. En específico, con el Y-BOCS (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale) se buscará evaluar la gravedad de las obsesiones y compulsiones, el OCI-R (Obsessive-Compulsive Inventory-Revised), medira el malestar asociado con los síntomas obsesivo-compulsivos, y el ICO (Inventario de Creencias Obsesivas), analizará las creencias subyacentes que perpetúan el TOC. Estos resultados se ampliarán y enriquecerán con la toma de otros dos Cuestionarios: El Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-II) que es un autoreporte de evaluación integral de la personalidad para adultos que evalúa Trastornos de la Personalidad, y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), para medir la severidad de Depresión (en caso de presunta comorbilidad).

En las últimas entrevistas, se ofrecerá Psicoeducación tanto al paciente como a su familia, ya que cumple un papel esencial en el tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Para el paciente y la familia, esta intervención ayuda a tranquilizar y reducir la incertidumbre, explicando el TOC desde una perspectiva científica, lo que puede derribar mitos y eliminar el

estigma. Al orientar sobre la naturaleza del ciclo obsesivo-compulsivo, tanto el paciente como su entorno se sienten más empoderados para afrontar los síntomas, y la familia puede colaborar eficazmente al comprometerse con la terapia, evitando conductas que refuercen el problema, y genere un ambiente sinérgico, optimizando los resultados terapéuticos, enfatizando la importancia de intervenir tanto en las creencias disfuncionales que sostienen las obsesiones, como en los rituales compulsivos que refuerzan dichas creencias. De esta manera, se establece una base sólida para las intervenciones, mostrando cómo las creencias disfuncionales y los rituales compulsivos se refuerzan mutuamente. La participación activa de la familia también es fundamental, ya que les permite comprender cómo sus acciones (por ejemplo, evitar objetos o tranquilizar al paciente) pueden perpetuar las obsesiones.

La psicoeducación, será la puerta para integrar, explicar, y dar paso a la Conceptualización Cognitiva, siempre y cuando el paciente este emocional e intelectualmente preparado para comprender el panorama completo.

Caso N.º 1 - Octavio: Evaluación y Tratamiento

Presentación del Caso

Octavio es un hombre soltero de 20 años, sin hijos, de nivel de escolarización secundario, residente de Zona Sur, quien convive con sus padres, siendo hijo único. Llega a terapia por recomendación y obligación de los padres, al notarlo con conductas ritualistas constantes que interferían en sus quehaceres cotidianos.

Describe su motivo de consulta como "*no puedo dejar de sentirme sucio*". Comenta haber tenido periodos irregulares de acentuación de la sintomatología Obsesiva-Compulsiva, y asistido

a diferentes profesionales con resultados insatisfactorios. Refiere, además, sentirse incómodo y sin mucha predisposición y confianza en la Terapia.

Describe como evento responsable de su actual padecimiento a *"La Pandemia de Covid-19"*. Desde allí, confirma no poder dejar de pensar en enfermedades y su consecuente muerte, o aún peor, la muerte de un ser querido por su responsabilidad. Al mismo tiempo, los Rituales Compulsivos y Neutralizadores se hicieron cada vez más frecuentes con el tiempo.

Con relación a sus vínculos interpersonales, refiere: *"Mis padres son demasiados estrictos y moralistas. Desde pequeño me han exigido ser el mejor en todo, hasta el punto de realizarme test constantes para medir mi Coeficiente Intelectual. Además, he practicado la religión Bahaí, con nuestro propio calendario y ayunos semanales. A los ha sido una constante 15 años integre un grupo para aprender más de mi fe, y la culpa por mis obsesiones se ha incrementado desde entonces".* Asimismo, comenta que sus padres le ayudan a sobrellevar dicha angustia, alcanzándoles las toallas necesarias, realizando las actividades por él, llevando a todos lados alcohol en gel, entre otras.

En cuanto a los antecedentes familiares, sus padres no presentan historial de síntomas TOC.

Octavio presenta al día de la fecha, una Comorbilidad con la Depresión, y una pronunciada Desesperanza. No presentaba patologías médico-clínicas y tiene un nivel socioeconómico medio.

En el momento de la derivación no trabajaba, no asistía a la facultad, y apenas salía de su habitación. Los rituales consumían todo su día y energía. Sus síntomas más salientes eran: a) *Obsesiones de contaminación*: Expresaba preocupaciones por la contaminación y la suciedad, e

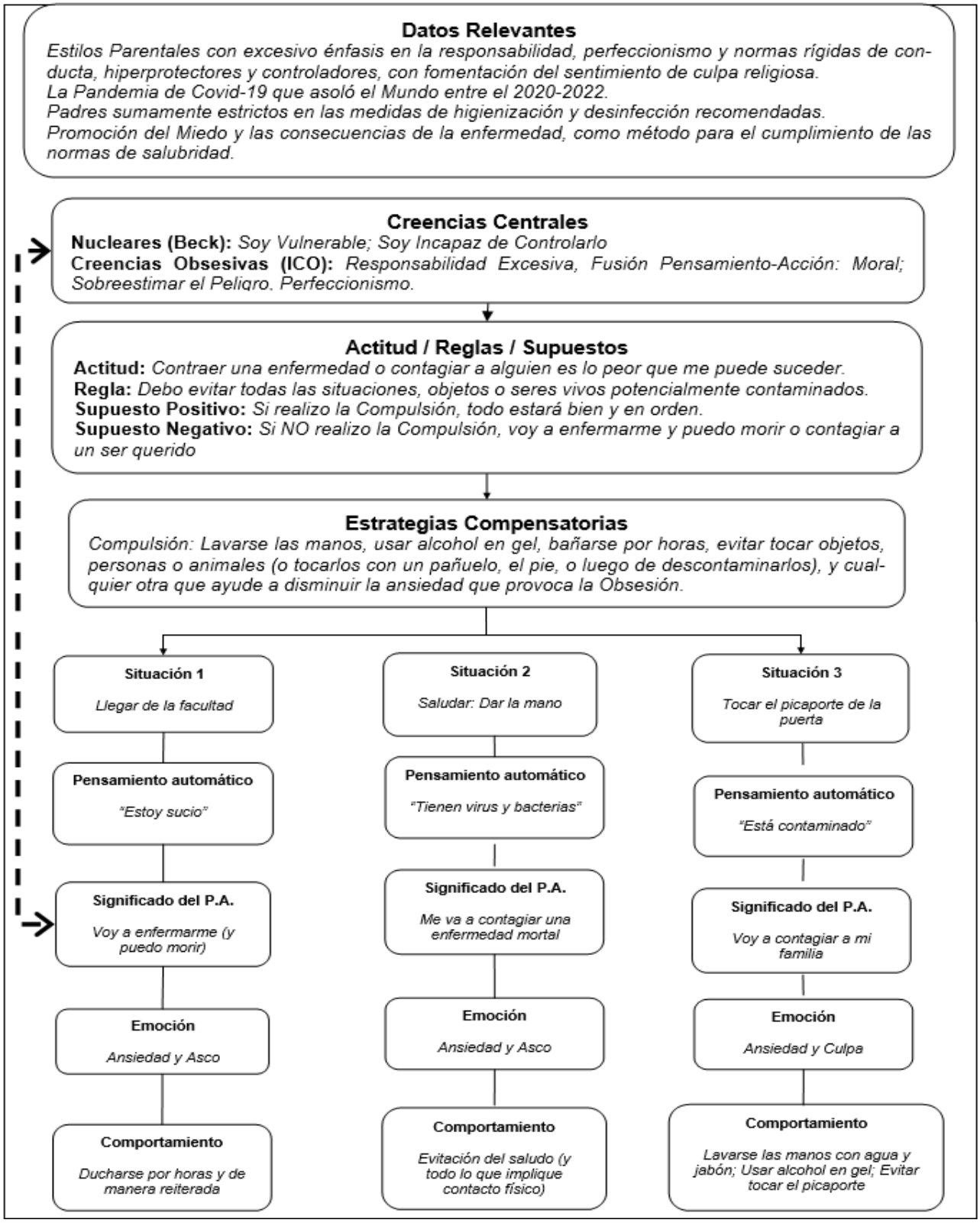
intentaba calmarse bañándose -y limpiando los objetos a su alrededor- constantemente. Utilizaba una gran provisión de toallas, alcohol en gel, y toallitas higiénicas. Asimismo, evitaba tocar todo lo que podía generar una potencial contaminación a si mismo, u a otros, de lo que sentía extremadamente responsable.

Conceptualización Cognitiva

A continuación, se presenta la conceptualización cognitiva elaborada a partir del modelo de Beck, y los desarrollos específicos para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo propuestos por Salkovskis y Clark. La Figura 29, sintetiza gráficamente la relación entre los antecedentes personales, las creencias centrales y obsesivas, los supuestos disfuncionales y las estrategias compensatorias que configuran el mantenimiento del cuadro clínico, y permite comprender, en el caso particular del paciente, como las obsesiones de contaminación y las compulsiones de limpieza se interpretan como intentos de reducir la ansiedad y prevenir un daño percibido, en un contexto de creencias de vulnerabilidad, responsabilidad excesiva y necesidad de control.

Figura 29

Conceptualización Cognitiva de Beck: Paciente Octavio



Formulación del Tratamiento

Figura 30

Formulación y Tratamiento de Pearsons (Parte I): Paciente Octavio

Formulación de Caso y Plan de Tratamiento de Persons

Nombre y Edad: *Octavio, 20 años.*

A) Lista de Problemas:

1. *Paso mucho tiempo pensando que puedo ensuciarme o contagiarme de algo.*
2. *Siento la necesidad de lavarme las manos muchas veces o limpiar todo para quedarme tranquilo.*
3. *Me cuesta dejar de pensar que si no tengo cuidado puedo enfermarme o hacer que alguien más se enferme por mi culpa.*
4. *Me da mucha ansiedad y asco tocar cosas que siento sucias o que otras personas tocaron.*
5. *Me cuesta concentrarme en lo que hago porque esos pensamientos no me dejan en paz.*
6. *Evito salir o estar con otras personas por miedo a contaminarme.*
7. *Últimamente me siento triste, sin ganas de hacer cosas, y pienso que no voy a poder mejorar.*

B) Diagnóstico Multiaxial:

Eje I: F42 (3000.3) *Trastorno Obsesivo-Compulsivo -con predominio de compulsiones manifiestas-.*

- *Con introspección buena o aceptable.*
- *Sin historia reciente o antigua de Trastorno de Tics.*

Eje II: *Rasgos de personalidad perfeccionista, autocrítica y masoquista (no cumple criterios de un trastorno de personalidad específico).*

Eje III: *Sin antecedentes médicos de relevancia.*

Eje IV: *Factores psicosociales: convivencia con padres de estilo rígido, hipercontrolador y moralmente exigente.*

Eje V: *Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG = 50): Dificultades significativas en el funcionamiento social y académico, con capacidad limitada para mantener relaciones personales.*

C) Orígenes y Mantenimiento de las Creencias: *El entorno familiar de Octavio se caracteriza por un estilo educativo rígido, hiperprotector y moralizante, con énfasis excesivo en la limpieza, la responsabilidad y el control de la conducta. La inculcación del miedo y la culpa como mecanismos de regulación —particularmente durante la pandemia— consolidaron esquemas de responsabilidad excesiva, fusión pensamiento–acción moral, sobrestimación del peligro y perfeccionismo. Estos esquemas configuran la base cognitiva del trastorno, manteniendo valoraciones erróneas de los pensamientos intrusivos y la ejecución de rituales compulsivos como medios de control aparente.*

D) Precipitantes: *Pandemia de COVID-19 y normas de higiene familiares flexibles y moralizantes.*

E) Situaciones Activadoras: *Exposición a objetos (picaporte, dinero, etc.), animales, saludar mediante contacto físico, pasar mucho tiempo en lugares cerrados o con alta densidad de personas.*

F) Resumen de la Hipótesis de Trabajo: *Los pensamientos intrusivos del tipo "Estoy sucio", "Voy a contagiarme" o "Puedo enfermar a mi familia" son interpretados como indicadores de riesgo real. Estas interpretaciones desencadenan ansiedad, asco y culpa, que el paciente intenta aliviar mediante rituales de lavado y evitación. El alivio temporal obtenido refuerza la asociación pensamiento–ansiedad–neutralización, manteniendo el ciclo obsesivo-compulsivo. La intervención se dirige a romper este circuito mediante la Exposición con Prevención de Respuesta, promoviendo la modificación de los patrones de conducta que refuerzan el ciclo, desensibilizando al individuo ante sus miedos, aumentando la tolerancia a la incertidumbre.*

G) Fortalezas y Ventajas del Paciente: *Octavio mostró una progresiva apertura al proceso terapéutico, transitando del estadio de Precontemplación a Contemplación, es decir, ahora es capaz de reconocer que tiene un problema, y es receptivo a la información, y posibles soluciones, que le ayudaran a resolverlo. (según el modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente). Posee adecuado nivel de reflexión y comprensión del modelo cognitivo, lo que facilitó el trabajo de insight y la identificación de Obsesiones y Compulsiones. Exhibe buena capacidad de introspección y predisposición al cambio. Asimismo, mantiene una participación colaborativa en tareas inter-sesion, cumplimiento de encuadre y adherencia a la exposición gradual, un factor protector relevante.*

Figura 30

Formulación y Tratamiento de Pearsons (Parte II): Paciente Octavio

H) Plan de Tratamiento

H1. Objetivos y cómo se los medirá:

1) Reducir la Desesperanza y la Sintomatología Depresiva.

1.1 Inventario de Depresion de Beck-II (BDI-II)

1.2 Escala de Desesperanza de Beck (BHS)

2) Disminuir Frecuencia, Intensidad y Duración de las Obsesiones y Compulsiones.

2.1 Registro Diario de la Obsesión Primaria.

2.2 Registro de Estrategias de Control Asociadas a la Obsesión Primaria.

2.3 Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown (Y-BOCS).

2.4 Inventario Obsesivo Compulsivo-Revisado (OCI-R)

3) Reestructurar los Creencias Obsesivas Disfuncionales:

3.1 Inventario de Creencias Obsesivas-Revisado (ICO-R)

4) *Aumentar la tolerancia a la incertidumbre y la capacidad de exposición sin neutralización.*

4.1 Unidades Subjetivas de Ansiedad (USAs)

H2. Formato y Frecuencia: *Terapia Cognitivo-Conductual Presencial e Individual: 20 sesiones semanales de 45–60 minutos.*

H3. Intervenciones que se utilizarán:

1) *Evaluación inicial y Conceptualización/Formulación del Caso (Y-BOCS, OCI-R, ICO-R).*

2) *Psicoeducación y Establecimiento de Objetivos:* Modelo Cognitivo-Conductual del TOC: Ciclo Estimulo-Obsesión-Compulsión y efectos reforzador de las compulsiones manifiestas) + Función de la Exposición con Prevención de Respuesta.

3) *Terapia Cognitiva Estándar y Activación Conductual para la Depresión.*

4) *Reestructuración Cognitiva:* Decatastrofizacion e identificación de errores cognitivos para debilitar la creencia relativa a la peligrosidad de la obsesión y aumentar la predisposición a los experimentos conductuales.

5) *Exposición y Prevención de Respuesta In Vivo:* Elaborando Jerarquías de Estímulos Obsesivos a las que se lo someterá de manera progresiva.

6) *Tareas Inter-Sesión:* Ejercicios de Auto-Exposición en el hogar (con control de Conductas de la Familia que puedan coadyuvar y reforzar las Obsesiones), y registro de predicciones versus resultados.

7) *Prevención de Recaídas y Seguimiento:* Plan mantenimiento con kit de estrategias efectivas ante la reaparición de síntomas y reexposición ante recurrencia de síntomas.

H4. Otros Tratamientos: *Paciente derivado con Tratamiento Psicofarmacológico previo.*

H5. Obstáculos que se anticipan en el curso de la Terapia:

- *Resistencia inicial al Tratamiento de Exposición.*
- *Dificultad para sostener la exposición sin ritualizar.*
- *Baja tolerancia a la frustración y tendencia a la hipervigilancia.*

Aplicación del Tratamiento

En el Caso de Octavio, quien presentaba sintomatología depresiva, se decidió, conforme a la literatura científica, comenzar el tratamiento con un enfoque primario en la depresión. Esta decisión resulta coherente con los hallazgos que indican que el tratamiento eficaz de los síntomas depresivos favorece la adherencia y la respuesta terapéutica en pacientes con Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC).

En este contexto, se administraron el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y la Escala de Desesperanza de Beck, siguiendo las recomendaciones de Keegan (2008), quien destaca que la desesperanza constituye un síntoma central, aunque no exclusivo, de la depresión, pudiendo manifestarse de manera independiente y afectar la motivación y la disposición al tratamiento. Los resultados obtenidos indicaron una depresión moderada (puntaje entre 20 y 28 en el BDI-II) y una elevada desesperanza (puntaje mayor a 8 en la Escala de Desesperanza).

En función de ello, las primeras sesiones se orientaron a la reducción de síntomas depresivos como la abulia y la anhedonia, que podrían haberse convertido en barreras para la intervención del TOC. Si bien los detalles específicos del procedimiento superan el alcance de este trabajo, el tratamiento se estructuró según los principios de la Terapia Cognitiva Estándar de Beck, empleando técnicas como el diálogo socrático y la flecha descendente para identificar las creencias nucleares del paciente. Estas creencias, relacionadas con el sí mismo, los demás y el futuro, fueron trabajadas mediante reestructuración cognitiva, utilizando estrategias de refutación empírica, lógica y pragmática, aplicadas con un estilo didáctico, metafórico y de autorrevelación, conforme a las recomendaciones de Camerini (2014).

El proceso terapéutico incluyó, además, tareas para el hogar basadas en el modelo A-B-C y el registro de pensamientos automáticos, con el objetivo de fomentar la autoconciencia y la práctica cognitiva entre sesiones. Se enfatizó la identificación de distorsiones cognitivas (como el pensamiento dicotómico, la catastrofización y la abstracción selectiva), apoyándose en materiales visuales como infografías. En paralelo, se abordó la desesperanza siguiendo las recomendaciones de Keegan (2008), mediante el análisis de la cognición del futuro. Esta intervención no buscaba simplemente corregir una distorsión desde un ideal realista ingenuo, sino fortalecer la capacidad del paciente para imaginar futuros alternativos posibles, promoviendo así una visión más flexible y esperanzadora.

A medida que el tratamiento avanzaba, Octavio mostró una mejoría significativa, evidenciando una reducción de la depresión a niveles mínimos (puntaje entre 0 y 13 en el BDI-II) y una disminución marcada de la desesperanza (puntaje menor a 8), tal como se ilustra en la Figura 31.

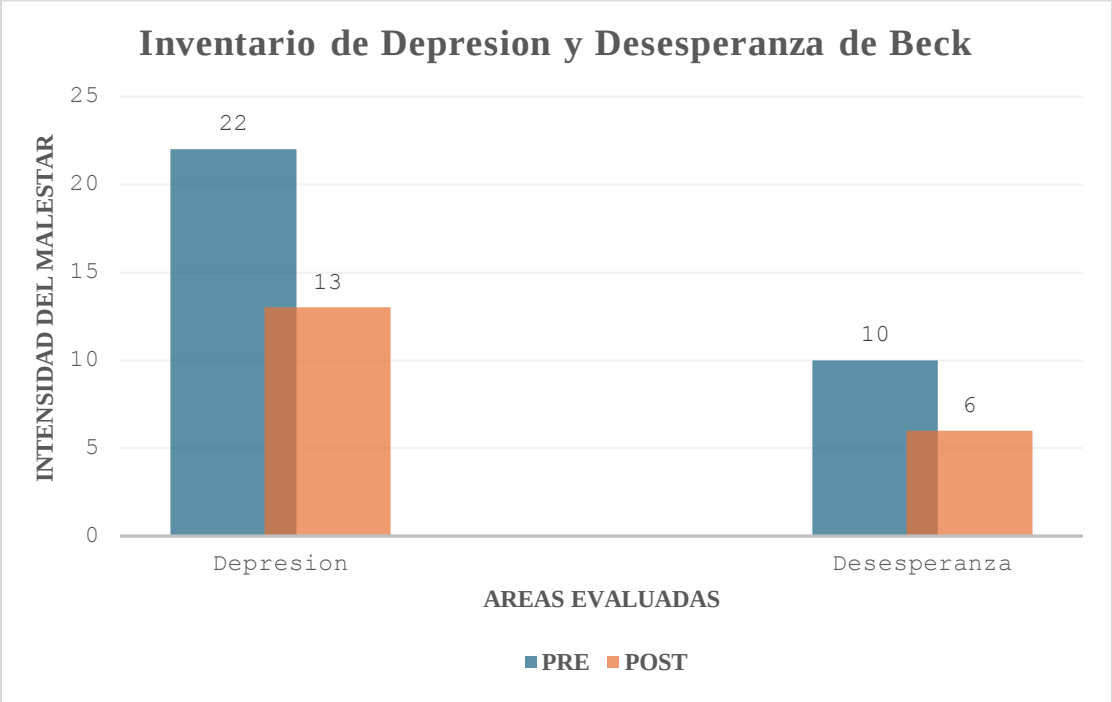
Con la remisión de los síntomas depresivos, se incorporó la activación conductual, como sugieren Martell et al. (2014), promoviendo la exposición del paciente a mayores fuentes de reforzamiento positivo. Una vez alcanzada una mejor disposición emocional y motivacional, se dio inicio al trabajo específico sobre el TOC, implementando técnicas de exposición y prevención de respuesta (EPR) con una participación más activa y comprometida por parte del paciente.

A partir de este punto, se iniciaron los procedimientos centrados en la exposición prolongada, entendida como la confrontación directa del paciente con los estímulos ansiógenos que provocan su malestar (Gavino, 2018). En el caso de Octavio se consideró necesario trabajar previamente en la reestructuración de sus creencias disfuncionales acerca del procedimiento, con

el objetivo de reducir la ansiedad anticipatoria y favorecer su disposición al tratamiento. Una vez asegurado el compromiso terapéutico, se procedió a la firma del Consentimiento Informado para la Exposición con Prevención de Respuesta (EPR), que está disponible en el anexo correspondiente.

Figura 31

Comparación de los Resultados Pre y Post Tratamiento en el Cuestionario IBD e IDD.



De acuerdo con lo planteado por el Dr. Fernando García (2022) en la Especialización en Terapia Cognitiva, el objetivo de la EPR consiste en "invertir la ecuación, y lograr que el paciente se entregue mansamente a las obsesiones, mientras se resiste a las compulsiones". En esta línea, Dahab et al. (2022) destacan que la exposición debe orientarse a "exponer al paciente

a lo que evita y no a lo que teme" (p. 10), lo cual coincide con lo señalado por Díaz et al. (2017) respecto a la importancia de identificar con precisión los estímulos elicitadores más relevantes según la problemática específica del paciente. Con el propósito de lograr una intervención efectiva, se elaboró una jerarquía pormenorizada de estímulos ansiógenos, ordenados de acuerdo con las Unidades Subjetivas de Ansiedad (USAs) que provocaban. Además, y siguiendo las indicaciones del Especialista Alejandro Ibarra (2024), se registraron tres parámetros claves para monitorear el progreso terapéutico: duración, intensidad y frecuencia de los síntomas. Una de las jerarquías construida junto a Octavio puede observarse en la Figura 32, en la cual se abordan las obsesiones de contaminación y las compulsiones de limpieza, siguiendo un enfoque gradual.

Figura 32

Jerarquía de Exposición a Obsesiones de Contaminación y Compulsiones de Limpieza

Situación de exposición	**Prevención de respuesta**	**USAs**
Tocar el picaporte de la puerta de entrada sin limpiarlo.	Evitar lavarse las manos inmediatamente.	*10*
Sostener el celular después de usarlo fuera de casa.	No desinfectar el celular al llegar.	*20*
Apoyar las manos sobre la mesa sin limpiarla antes.	Evitar pasar toallitas o rociar alcohol.	*30*
Tocar objetos compartidos (lapiceras, teclados).	No lavarse luego del contacto.	*40*
Dar la mano a otra persona.	Evitar ir al baño a lavar las manos.	*50*
Tocar el botón del ascensor sin barrera protectora.	No usar alcohol ni servilletas tras hacerlo.	*60*
Comer algo manipulado por otra persona.	No comprobar ni limpiar el alimento.	*70*
Sentarse en transporte público sin cubrir el asiento.	Evitar limpiarse con toallitas luego.	*80*

Tocar el piso con la mano y permanecer tranquilo.	No lavarse hasta pasado un tiempo prolongado.	*90*
Tocar el cesto de basura y luego el propio rostro.	Evitar lavarse las manos o rostro.	*100*

Una vez establecida la jerarquía, se iniciaron las sesiones de exposición In Vivo, donde se empleó un enfoque gradual, comenzando por los estímulos de menor intensidad, pero lo suficientemente desafiantes, con el fin de facilitar la habituación, incrementar la motivación y reducir el riesgo de abandono. Las sesiones de exposición tuvieron una duración aproximada de 60 a 90 minutos, y se supervisó cuidadosamente que no se produjeran rituales durante el proceso, especialmente, aquellos que podrían darse de manera cognitiva o encubierta

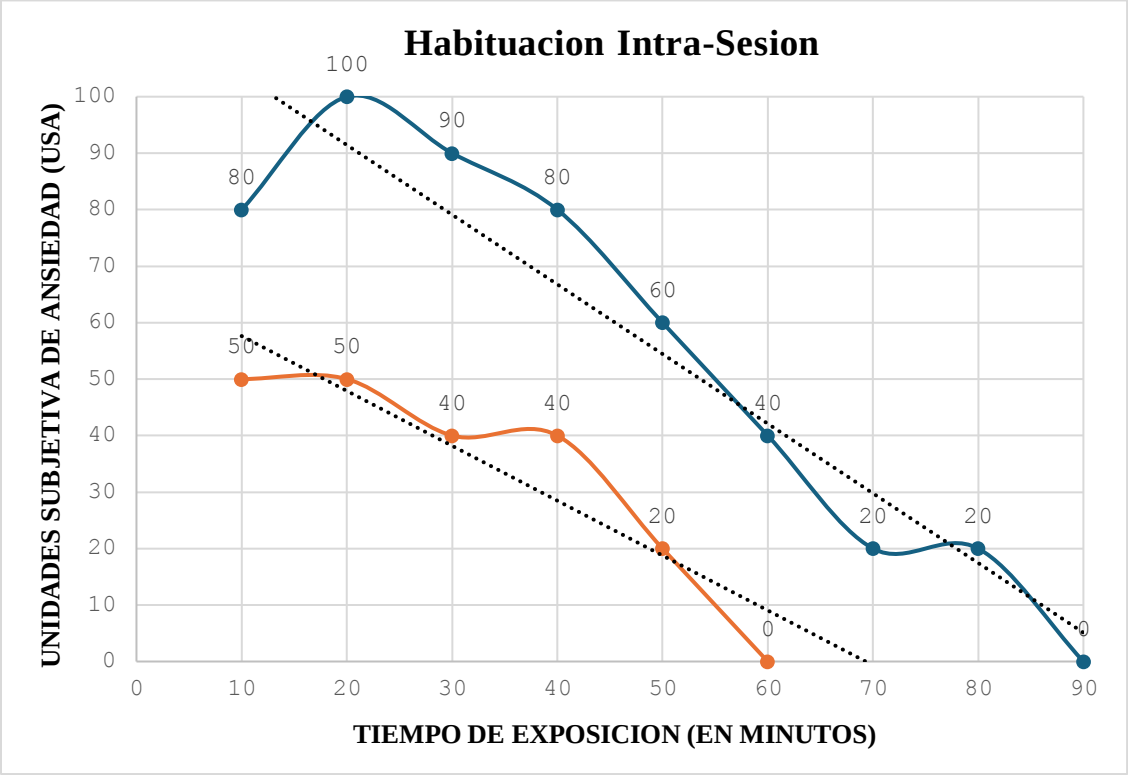
Asimismo, cada avance del paciente fue reforzado positivamente, y se le explicó que la ansiedad tiende a disminuir de manera natural con el paso del tiempo. Durante las primeras exposiciones, las respuestas fisiológicas de ansiedad aumentaron de forma previsible, pero posteriormente se redujeron de manera sostenida, evidenciando el proceso de habituación, el cual fue monitoreado cada 10 minutos mediante la retroalimentación del paciente. La Figura 33 ilustra este proceso con dos estímulos de diferente nivel de malestar, mostrando que aquellos con mayor intensidad provocaron una respuesta ansiosa inicial más alta y requirieron más tiempo para lograr la habituación, mientras que los estímulos menos intensos generaron una habituación más rápida.

Pese al interés creciente por las técnicas de relajación en los últimos años, como la respiración diafragmática lenta, estas no se recomendaron ni se aplicaron durante las sesiones de EPR, ya que el objetivo terapéutico era que los pacientes experimentaran y toleraran plenamente la ansiedad hasta lograr la habituación. A juicio del profesional, el uso de técnicas de relajación

en este contexto podría haber funcionado como una forma de evitación o neutralización, comprometer la efectividad del procedimiento.

Figura 33

Grado de Habituación alcanzado en una sesión de Exposición de 120 minutos.



Nota. La Línea Naranja (▬) ilustra un Estímulo de Malestar 50, mientras que la Línea Azul (▬) ilustra un Estímulo de Malestar 80.

Desafortunadamente las limitaciones económicas impidieron sostener la frecuencia ideal del tratamiento (varias sesiones semanales, como sugiere el protocolo), por lo que las sesiones se realizaron una vez por semana. Sin embargo, para compensar esta restricción, se implementaron tareas de autoexposición en el hogar, a medida que Octavio ganaba confianza y dominio sobre la

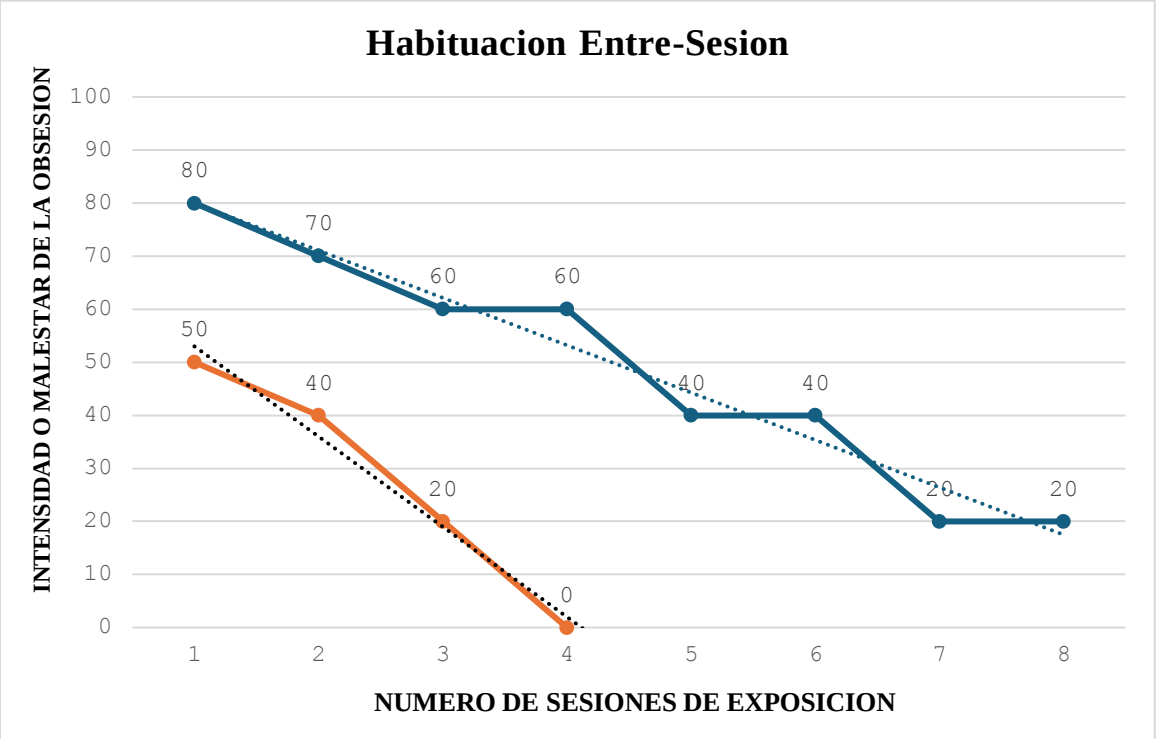
técnica. Dicho procedimientos, resultan más efectivos que aquellos guiados exclusivamente por el terapeuta, ya que favorecen un mayor sentido de autoeficacia en el paciente, al permitirle atribuir los logros del tratamiento a su propio esfuerzo y participación activa (Ruiz et al., 2012).

Los resultados, reflejados en la figura 34, muestran un progreso sostenido en la reducción del malestar subjetivo, aun cuando el proceso fue más prolongado de lo previsto. No obstante, es importante señalar que una habituación intra-sesión, aunque efectiva para reducir la ansiedad durante la exposición, no garantiza la extinción completa del miedo ni de las conductas ritualisticas en las sesiones posteriores. Por ello, resulta fundamental mantener una frecuencia adecuada de exposición entre sesiones, reduciendo las distancias temporales para favorecer la habituación inter-sesión.

Finalmente, la exposición a un estímulo específico se consideraba concluida y se avanzaba al siguiente nivel de la jerarquía cuando el paciente alcanzaba valores iguales o inferiores a 20 USAs en dos exposiciones consecutivas. Este criterio indicaba que el estímulo ya no generaba respuestas de evitación, reflejando el éxito del proceso de habituación. Cabe destacar que el progreso terapéutico puede manifestarse no solo en la intensidad de la ansiedad, sino también en la duración o frecuencia de las respuestas. Por ello, es esencial reforzar los logros parciales y mantener una actitud positiva y motivadora, incluso cuando la reducción de la intensidad del malestar no sea inmediata, con el fin de preservar el compromiso del paciente con el tratamiento.

Figura 34

Grado de Habituación conseguido tras 4 y 8 sesiones de Exposición Semanales.



Nota. La Línea Naranja (▬) ilustra un Estímulo de Malestar 50, mientras que la Línea Azul (▬) ilustra un Estímulo de Malestar 80.

Caso N.º 2 - Magali: Evaluación y Tratamiento

Presentación del Caso

Magali es una mujer de 24 años, sin hijos, de nivel de escolarización universitario, residente de Zona Sur, quien convive con sus padres y su hermana mayor, y quien actualmente se encuentra en pareja. Llega a terapia por la profunda culpa que le generan sus pensamientos, y de manera privada por la vergüenza que siente de su padecimiento.

Describe su motivo de consulta como "*se me inunda la cabeza de pensamientos e imágenes asquerosas*". Comenta haber asistido con un profesional previo, quien la trato por "Ansiedad" y con quien, además de no obtener la evolución esperada, nunca termino de entender los motivos por lo que le sucedió esta "*enfermedad tan desagradable*".

Asevera que ignora por completo cual pudo haber sido el evento responsable de su padecimiento. En palabras de la paciente: "*Las ideas comenzaron aparecieron en mi mente de un día para otro, y poco a poco y sin darme cuenta, han ido incrementándose a tal magnitud que he tenido que renunciar a realizar actividades que antes me daban placer, o evitar situaciones por culpa o miedo*".

Con relación a sus vínculos interpersonales, refiere: *"Mis padres son buenas personas, bastantes flexibles. Sin embargo, tienen creencias esotéricas acerca del destino, los astros, la magia y los <<demonios>> que me han enseñado e instaurado desde muy chiquita. Se que esto no me ha ayudado a evolucionar, porque en todo veo una conexión, por la que me culpo y me siento responsable".* Asimismo, comenta que sus padres, la pareja, o su hermana, le ayudan a tranquilizarse cada vez que le surge una duda o cree haber cometido alguna conducta inmoral o ilícita.

En cuanto a los antecedentes familiares, aunque sus padres no presentan historial de síntomas TOC, su hermana está actualmente en tratamiento por presentar Obsesiones de Contaminación y Rituales de Limpieza.

La paciente no presentaba patologías médico-clínicas y tiene un nivel socioeconómico medio.

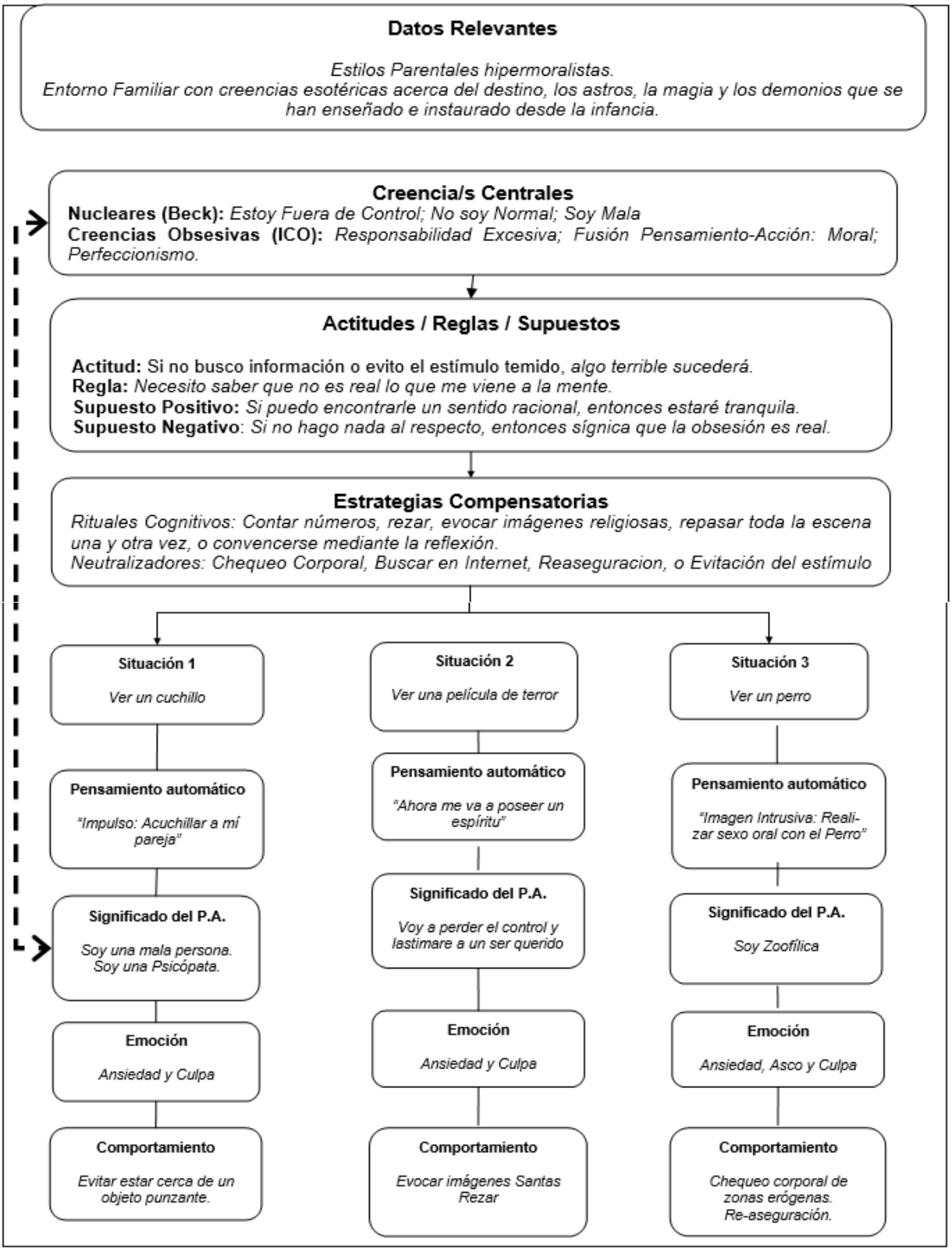
En el momento de la derivación no trabajaba, y apenas podía asistir a la facultad. Los rituales consumían gran parte del día y su energía. Sus síntomas más salientes eran: a) *Obsesiones Pura*: Expresaba preocupaciones referidas a su sexualidad, su moral, e impulsión. Los rituales que cancelaban la preocupación eran de carácter cognitivo, como contar números, rezar, evocar imágenes religiosas, repasar toda la escena una y otra vez, o convencerse mediante la reflexión. Asimismo, intentaba evitar el tocar todo lo que podía ser un estímulo evocador de la emoción.

Conceptualización Cognitiva

La siguiente conceptualización cognitiva se elaboró con base en el modelo de Beck y en los desarrollos específicos de Salkovskis y Clark. En ella se integran tanto las creencias nucleares, de carácter más estructural y relacionadas con la autopercepción de vulnerabilidad, control y valor personal, como las creencias obsesivas, entre las que destacan la responsabilidad excesiva, la fusión pensamiento–acción moral, y el perfeccionismo moral. La Figura 35, busca representar gráficamente la interacción entre los factores predisponentes familiares y morales, las creencias disfuncionales y las estrategias cognitivas de control que mantienen el cuadro clínico, y sintetizar las relaciones funcionales entre los distintos niveles cognitivos, emocionales y conductuales que configuran el mantenimiento del trastorno. En este caso particular, el paciente presenta obsesiones predominantemente mentales, con contenido agresivo, sexual y religioso, acompañadas de compulsiones cognitivas o encubiertas, tales como el rezo, el conteo mental, el chequeo corporal, la revisión racional y la búsqueda de reaseguración. Estas conductas funcionan como intentos de neutralizar el malestar emocional (ansiedad, culpa, asco) derivado de la interpretación moral y catastrofista de los pensamientos intrusivos.

Figura 35

Conceptualización Cognitiva de Beck: Paciente Magali



Formulación del Tratamiento

Figura 36

Formulación y Tratamiento de Persons (Parte 1): Paciente Magali

Formulación de Caso y Plan de Tratamiento de Persons

Nombre y Edad: *Magali, 24 años.*

A) Lista de Problemas:

1. *Me vienen a la cabeza pensamientos e imágenes horribles sobre cosas sexuales o violentas que me hacen sentir muy mal y con culpa.*
2. *Siento que tengo que rezar, repetir cosas en mi cabeza o repasar lo que pensé para calmarme.*
3. *Trato de evitar cosas que puedan hacerme pensar en eso, como ver animales, mirar imágenes religiosas o usar cuchillos.*
4. *Me culpo por tener esos pensamientos y siento que tengo que controlar mi mente para no hacer daño.*
5. *Me cuesta concentrarme y estudiar porque los pensamientos me distraen todo el tiempo y me agotan emocionalmente.*

B) Diagnóstico Multiaxial:

Eje I: F42 (300.3) *Trastorno Obsesivo-Compulsivo -con predominio de compulsiones encubiertas-*

- *Con introspección buena o aceptable.*
- *Sin historia reciente o antigua de Trastorno de Tics.*

Eje II: *Rasgos de personalidad perfeccionista y autocrítica (no cumple criterios de un trastorno de personalidad específico).*

Eje III: *Sin antecedentes médicos de relevancia.*

Eje IV: *Estrés académico, conflictos laborales y sobrecarga moral percibida.*

Eje V: *Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG): 60. Dificultades moderadas en el desempeño social y ocupacional, con presencia de malestar psicológico y conflictos interpersonales, y conservación de un grado adecuado de autonomía, juicio realista y capacidad para sostener vínculos y actividades cotidianas.*

C) Orígenes y Mantenimiento de las Creencias: *Educación familiar con fuerte carga moral y religiosa, énfasis en el control del pensamiento y evitación del pecado. Aprendizaje vicario de la culpa y la responsabilidad moral excesiva.*

D) Precipitante: *Incremento del estrés académico y personal, acompañado por un aumento en la autoexigencia y la autoobservación moral.*

E) Situaciones Activadoras: *Exposición a animales, símbolos religiosos, utensilios cortantes o temas relacionados con la moralidad y la sexualidad.*

F) Resumen de la Hipótesis de Trabajo: *Las interpretaciones disfuncionales sobre los pensamientos intrusivos (responsabilidad excesiva, fusión pensamiento–acción moral, sobrestimación del peligro y perfeccionismo) generan ansiedad y culpa moral, que la paciente intenta reducir mediante rituales mentales. Estas estrategias, aunque alivian momentáneamente, intensifican la necesidad de control sobre los propios pensamientos y la percepción de responsabilidad ante posibles daños, lo que refuerza el ciclo obsesivo al confirmar la percepción de amenaza y pérdida de control. La modificación de las creencias obsesivas se dirige a interrumpir el ciclo obsesivo-compulsivo, buscando aprender formas adaptativas de interpretar, reduciendo la culpa, la ansiedad, que conllevan a la necesidad de neutralización mental..*

G) Fortalezas y Ventajas del Paciente: *Su elevado nivel intelectual y capacidad introspectiva facilitaron la comprensión del modelo cognitivo del trastorno y el reconocimiento de las relaciones entre pensamiento, emoción y conducta. Además, mostró una fuerte motivación por comprender su funcionamiento interno y mejorar su estado, lo que promovió una actitud activa y colaboradora durante las sesiones. A lo largo del tratamiento mantuvo una alta adherencia al plan terapéutico y respeto hacia el encuadre, cumpliendo de manera sistemática las tareas entre sesiones y participando con disposición en los experimentos cognitivos y conductuales propuestos. Finalmente, contó con un adecuado apoyo familiar y una genuina disposición al cambio, factores que actuaron como recursos protectores y potenciaron la consolidación de los logros alcanzados en el proceso terapéutico.*

Figura 36

Formulación y Tratamiento de Persons (Parte II): Paciente Magali

H) Plan de Tratamiento

H1. Objetivos y cómo se los medirá:

1) Reducir Frecuencia, Intensidad y Duración de las Obsesiones y Compulsiones.

1.1 Registro Diario de la Obsesión Primaria.
1.2 Registro de Estrategias de Control Asociadas a la Obsesión Primaria.
1.3 Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown (Y-BOCS).
1.4 Inventario Obsesivo Compulsivo-Revisado (OCI-R)

2) Reestructurar las Creencias Obsesivas Disfuncionales

2.1 Inventario de Creencias Obsesivas-Revisado (ICO-R)

3) Aumentar tolerancia a la incertidumbre y reducir culpa moral.

3.1 Unidades Subjetivas de Ansiedad (USAs)

4) Mejorar funcionalidad y autoestima.

H2. Formato y Frecuencia: *Terapia Cognitiva-Conductual Presencia e Individual: 16 sesiones semanales de 50–60 minutos.*

H3. Intervenciones que se utilizarán:

1) *Evaluación inicial y Conceptualización/Formulación del Caso (Y-BOCS, OCI-R, ICO-R).*

2) *Psicoeducación y Establecimiento de objetivos:* Aceptación de la normalidad de los pensamientos intrusivos, rol primario de las falsas valoraciones y efectos negativos de las neutralizaciones cognitivas) + Función de las Intervenciones Cognitivas u Experimentos Conductuales.

3) *Bloque cognitivo sobre creencias disfuncionales: R*esponsabilidad Excesiva, Fusión Pensamiento–Acción: Moral, Sobrestimación del Peligro y Perfeccionismo.

Técnicas utilizadas:

- Flecha descendente y análisis de cadenas de pensamiento.
- Técnica del queso y abogado defensor.
- Reestructuración cognitiva y TREC para exigencias perfeccionistas.

4) *Exposición al Pensamiento e Imaginación + Control y Eliminación de Rituales Encubiertos:* Elaborando Jerarquías de Estímulos Obsesivos a las que se lo someterá de manera progresiva.

5) *Tareas Inter-Sesión:* Ejercicios de Auto-Exposición en el hogar y Registro de Predicciones vs Resultados. Aplicación cotidiana del modelo de "proporciones del queso".

6) *Prevención de Recaídas:* Revisión del modelo, Plan de Afrontamiento, y Seguimiento.

H4. Otros Tratamientos: *Tratamiento Psicofarmacológico: Fluoxetina de 20 mg*

H5. Obstáculos que se anticipan en el curso de la Terapia:

- *Elevada sensibilidad moral y temor a la pérdida de control.*
- *Tendencia a sobre analizar o buscar certeza constante.*
- *Dificultad inicial para tolerar la ansiedad sin neutralizar.*
- *Ritualizaciones cognitivas no comunicadas.*

Aplicación del Tratamiento

A diferencia del Caso Nº1: Octavio, en el caso de Magali, se implementó como tratamiento de primera línea el protocolo cognitivo desarrollado por Amparo Belloch y colaboradores (2014). Este enfoque resulta particularmente adecuado para los TOC con compulsiones encubiertas, tales como revisión mental, la oración repetitiva, el análisis exhaustivo, la neutralización o la búsqueda de certeza interna. El modelo centra su intervención en las interpretaciones erróneas de los pensamientos intrusivos, entre las que se destacan en la paciente: responsabilidad excesiva, fusión pensamiento–acción (en su modalidad moral), sobrestimación del peligro y perfeccionismo.

Estas creencias disfuncionales constituyen el núcleo del malestar obsesivo y actúan como mecanismos de mantenimiento del trastorno, al fomentar el uso de estrategias de neutralización cognitiva. Por este motivo, la intervención se orientó fundamentalmente a modificar los procesos cognitivos subyacentes, priorizando el trabajo sobre las distorsiones interpretativas y las creencias nucleares, más que sobre las conductas rituales externas.

La dinámica general del tratamiento siguió una secuencia estructurada inspirada en el manual “TOC: Obsesiones y Compulsiones. Tratamiento Cognitivo” de Belloch et al. (2014), y fue complementada con aportes de investigaciones recientes sobre la aplicación clínica del enfoque cognitivo (Gemar Fernández y Romero López-Alberca, 2021; Behobi Baudou, García y Fernández-Álvarez, 2013). El procedimiento contempló tres fases principales: en primer lugar, una psicoeducación inicial destinada a clarificar el significado y la función de la creencia disfuncional a trabajar; en segundo término, la identificación y análisis de las obsesiones específicas vinculadas a dicha creencia; y finalmente, la aplicación de técnicas cognitivas de cuestionamiento y reestructuración, dirigidas a las obsesiones más recurrentes y generadoras de

malestar, con el propósito de sustituir interpretaciones disfuncionales por comprensiones más realistas y adaptativas.

El proceso terapéutico se desarrolló a lo largo de aproximadamente dieciséis sesiones semanales, de una duración promedio de 45 a 60 minutos, ajustándose a la idiosincrasia y evolución del paciente. El bloque de trabajo cognitivo se estructuró en torno a las principales creencias obsesivas disfuncionales, dedicando alrededor de cuatro sesiones a cada una de ellas, conforme al progreso y nivel de resistencia observado.

Dado que en Magali las compulsiones eran predominantemente mentales, desde el inicio del tratamiento se incorporó la no neutralización cognitiva como una forma de prevención de respuesta, equivalente funcionalmente a la Exposición con Prevención de Respuesta (EPR) conductual. Siguiendo las recomendaciones de Belloch (2024), se adaptó la modalidad de exposición al formato cognitivo, aplicando una intervención centrada en la imaginación y en los pensamientos intrusivos.

Esta elección se fundamentó en los planteamientos del Especialista en TOC, Alejandro Ibarra (2022), quien sostiene que la Exposición basada en el Pensamiento resulta especialmente eficaz en los trastornos obsesivo-compulsivos de tipo obsesivo puro, en los cuales el paciente experimenta pensamientos, imágenes e impulsos intrusivos de manera casi constante a lo largo del día. En estos casos, la intervención se orienta inicialmente hacia la exposición al pensamiento (evocar deliberadamente el contenido obsesivo sin aplicar neutralización), para luego avanzar gradualmente a la exposición en imaginación, la exposición enriquecida y, finalmente, cuando los síntomas se estabilizan y la ansiedad disminuye, a la exposición en vivo. En la Figura 37, puede observarse una de las jerarquías construida junto a Magali, diseñada siguiendo el principio de exposición progresiva en tres fases: pensamiento, imaginación y exposición en vivo. En este

caso, el objetivo fue promover la habituación ante los contenidos intrusivos de tipo religioso y moral, evitando las neutralizaciones cognitivas.

Figura 37

Jerarquía de Exposición a Obsesiones de Tipo Religioso/Moral

Situación de exposición	Modalidad	Prevención de respuesta	USAs
Pensar deliberadamente la frase '¿Y si el demonio me poseyera?'	*Pensamiento*	*No rezar ni distraerse.*	*5*
Repetir frases relacionadas con la posesión.	*Pensamiento*	*No neutralizar ni cambiar de tema.*	*15*
Mantener en mente la idea de perder el control por estar poseída.	*Pensamiento*	*No contradecir mentalmente la idea.*	*25*
Imaginar una figura oscura acercándose y observarla.	*Imaginación*	*No interrumpir la imagen ni recurrir a rezos.*	*35*
Imaginarse mirándose al espejo con una mirada ajena.	*Imaginación*	*No evitar el malestar ni buscar señales de seguridad.*	*45*
Visualizar cómo sería estar poseída (voz, rostro, conducta).	*Imaginación*	*No cortar la secuencia ni distraerse.*	*55*
Escribir y leer una carta que comience con 'Si estuviera poseída...'	*Imaginación verbal*	*No borrar ni compensar con frases religiosas.*	*65*
Escuchar fragmentos de películas o audios sobre posesión.	*En vivo (auditiva)*	*No rezar ni cubrirse los oídos.*	*75*
Ver escenas de películas de exorcismos sin neutralizar.	*En vivo (visual)*	*No realizar contrarrituales ni cerrar los ojos.*	*85*
Observar imágenes religiosas manteniendo la idea 'el demonio podría estar presente'.	*En vivo*	*No alejarse ni realizar gestos protectores.*	*100*

De esta manera, el objetivo general del tratamiento fue reducir la frecuencia, intensidad y duración de las obsesiones, así como de las neutralizaciones o rituales mentales, mediante la

flexibilización de las creencias disfuncionales y la aplicación sistemática de experimentos conductuales y cognitivos, complementados con tareas entre sesiones.

Responsabilidad Excesiva.

En relación con la dimensión de responsabilidad excesiva, Magali presentaba pensamientos obsesivos del tipo: "*Si pienso en imágenes sexuales con un animal, tal vez eso haga que realmente me convierta en alguien capaz de hacerlo*", "*Si me viene a la mente la idea de que el demonio puede poseerme, es porque estoy abriendo una puerta a que realmente ocurra*" o "*Si pienso que podría clavarle un cuchillo a mi madre, tal vez eso haga que pierda el control y lo haga de verdad*".

Estos contenidos reflejan una sobrevaloración del pensamiento como causa de daño, donde la paciente se atribuía un poder causal desmesurado sobre los acontecimientos negativos, considerándose moralmente responsable por el simple hecho de pensar.

El objetivo de la intervención fue reducir la atribución de poder causal y redistribuir la responsabilidad de forma más realista, promoviendo una comprensión racional de los límites de la influencia personal.

El trabajo terapéutico inició con una psicoeducación breve sobre la naturaleza de la responsabilidad en el TOC, diferenciando la influencia percibida de la responsabilidad moral o causal real. Luego se utilizó la técnica de la flecha descendente para analizar las cadenas de pensamiento y descubrir las implicaciones subyacentes ("Si lo pienso, significa que lo deseo", "Si lo deseo, lo haré").

Posteriormente, se aplicó la técnica del queso, que consistió en asignar porcentajes de responsabilidad a los diferentes factores implicados en los acontecimientos, permitiendo visualizar de forma gráfica la desproporción en la autoatribución de culpa. También se incorporó la técnica del "abogado defensor", donde la paciente debía formular argumentos racionales en defensa propia, y la estrategia de doble rasero, contrastando sus juicios con los que aplicaría a otra persona en la misma situación, para evidenciar la autocrítica excesiva.

En una segunda fase, se realizaron experimentos conductuales adaptados al TOC puro, como ejercicios de no-neutralización mental frente a pensamientos intrusivos, registrando si ocurría o no el daño temido tras un periodo determinado. Asimismo, se propusieron experimentos de responsabilidad externalizada, en los que la paciente debía delegar pequeñas tareas a otros y observar que no se producían consecuencias negativas, desconfirmando sus creencia.

Las tareas entre sesiones incluyeron la aplicación del modelo de "proporciones del queso" a situaciones cotidianas, el registro de intentos de neutralización y sus resultados. El progreso se evaluó mediante la reducción en la puntuación de la subescala de responsabilidad del ICO-R, junto con la ejecución exitosa de los experimentos sin aumento de la evitación.

Fusión Pensamiento–Acción (Moral)

En el caso de Magali, la fusión pensamiento–acción moral se manifestaba a través de pensamientos tales como: "*Tener pensamientos sexuales con animales es igual de inmoral que cometer el acto*", "*Imaginarme poseída por el demonio significa que ya estoy siendo cómplice*

del mal" o "*Visualizar apuñalar a mi pareja es como si realmente lo hubiera hecho; soy una mala persona solo por pensarlo*".

Estas obsesiones reflejan una confusión entre el contenido del pensamiento y la acción moral, donde el pensamiento es experimentado como una transgresión ética en sí misma.

El objetivo de la intervención fue separar moralmente el pensar del actuar, reduciendo la culpa automática y la autoevaluación moral negativa frente a los pensamientos intrusivos.

En primer lugar, se realizó una psicoeducación moral centrada en explicar que la moralidad ética y jurídica se basa en la intención y la acción voluntaria, no en los pensamientos involuntarios. Para facilitar la comprensión, se utilizaron ejemplos comparativos, como el de personas que no pueden controlar sus pensamientos o impulsos, destacando que la moralidad se juzga a partir del comportamiento elegido.

Posteriormente, se llevó a cabo un análisis comparativo de consecuencias, elaborando tablas que diferenciaban los efectos reales de pensar frente a actuar. Este ejercicio permitió a la paciente visualizar que sus pensamientos no producían consecuencias para otros, disminuyendo así el peso de la culpa moral.

Se utilizaron técnicas de diálogo socrático orientadas a cuestionar la autoacusación moral y reforzar una interpretación más racional de sus pensamientos. También se retomó la figura del "abogado defensor", con el objetivo de generar argumentos que desafiaran las conclusiones autoinculpatorias.

Finalmente, se implementaron experimentos cognitivos de exposición en imaginación, en los que Magali debía evocar deliberadamente los pensamientos intrusivos sin aplicar

neutralizaciones mentales ni conductuales, comprobando que éstos no derivaban en acciones reales ni en cambios observables en su conducta o moralidad.

Como tareas intersesión, se incluyeron registros de frecuencia y duración de los pensamientos, junto con la práctica de "no reaccionar" ni autosancionarse durante periodos progresivamente más largos. La evaluación de los logros se basó en la disminución de la puntuación en la subescala de Fusión Pensamiento–Acción (Moral) del ICO-R y en una mayor tolerancia emocional ante los pensamientos intrusivos.

Sobrestimación del Peligro.

La sobrestimación del peligro se evidenció en Magali a través de obsesiones como: "*Si tengo estos pensamientos zoofílicos, significa que algo está muy mal en mí y puedo perder el control en cualquier momento*", "*Si pienso que el demonio podría poseerme, seguro que lo hará; no puedo protegerme*" o "*Si tengo imágenes de apuñalar a alguien, es probable que algún día pierda el control y lo haga sin querer*".

Estas cogniciones reflejan una tendencia a exagerar la probabilidad y gravedad de los eventos temidos, incrementando la percepción de riesgo y reduciendo la tolerancia a la incertidumbre.

El objetivo de esta intervención fue corregir las estimaciones probabilísticas y catastrofistas, desarrollando interpretaciones más realistas y una mayor capacidad para convivir con la duda.

La intervención siguió una secuencia progresiva. En primer lugar, se realizó una psicoeducación diferenciando los conceptos de probabilidad y gravedad, ilustrando con ejemplos personales de la paciente situaciones en las que la posibilidad de daño era mínima, pero la ansiedad percibida era alta.

A continuación, mediante la técnica de la flecha descendente, se identificaron las creencias subyacentes que alimentaban el catastrofismo. Se trabajó el cálculo de probabilidades acumuladas, promoviendo el razonamiento lógico y la búsqueda de explicaciones alternativas a la interpretación temida.

En una fase posterior, se aplicaron experimentos conductuales consistentes en pruebas de realidad, tales como permitir la aparición de pensamientos sin neutralización durante un período determinado y registrar si ocurría el suceso temido. En paralelo, se propuso un análisis coste–beneficio entre el grado de precaución y la probabilidad real de daño, para evidenciar la ineficiencia de las conductas preventivas excesivas.

Los resultados esperados fueron una reducción sostenida de la sobreestimación de la probabilidad y la gravedad del daño, junto con la ejecución exitosa de al menos dos experimentos conductuales que contradijeran la hipótesis catastrófica inicial.

Perfeccionismo.

La dimensión de perfeccionismo se manifestó en Magali a través de pensamientos tales como: "*Debo estar absolutamente segura de no tener ningún pensamiento inmoral o sucio; si no, soy una persona perversa*", "*Si no logro eliminar por completo mis pensamientos sobre la posesión, significa que no estoy bien y nunca me curaré*" o "S*i no logro controlar cada*

pensamiento violento, entonces no soy una buena persona y debería aislarme para no dañar a nadie".

Estas cogniciones reflejan una intolerancia al error y a la incertidumbre, acompañada por exigencias de control absoluto y metas inalcanzables de pureza mental.

El objetivo terapéutico fue flexibilizar las normas absolutistas y promover la sustitución de metas de perfección por metas basadas en el esfuerzo y la dedicación, favoreciendo una actitud más compasiva hacia sus experiencias internas.

Durante las sesiones, se identificaron frases clave de exigencia ("debería", "tengo que", "si no, es un desastre") y se realizaron reformulaciones cognitivas orientadas a un lenguaje más flexible y funcional. Se aplicaron técnicas de la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC) para cuestionar las exigencias absolutistas, explorando el realismo y el coste emocional de mantener estándares imposibles.

Además, se analizaron las evidencias a favor y en contra de la posibilidad de perfección en distintas áreas de la vida, destacando el valor del error como fuente de aprendizaje. Se trabajaron las ventajas y desventajas del perfeccionismo, concluyendo que las metas extremas generaban frustración y autocrítica, mientras que los objetivos centrados en el esfuerzo y la constancia favorecían la mejora sostenida.

Se estableció así un reencuadre de metas, sustituyendo los criterios basados en el control y la productividad por objetivos orientados al compromiso y la perseverancia, lo que permitió desarrollar una actitud más tolerante hacia los pensamientos intrusivos y los posibles errores.

Finalmente, se diseñaron experimentos conductuales para disminuir progresivamente los rituales de control o revisión, como limitar el número de comprobaciones o reducir el tiempo

dedicado a ciertas rutinas, monitoreando los niveles de ansiedad y observando la ausencia de consecuencias negativas.

El logro terapéutico se reflejó en una disminución de la puntuación en la subescala de perfeccionismo del ICO-R y en una reducción observable de los rituales, acompañada por un aumento en la autocompasión y la aceptación de la imperfección como parte del proceso humano.

Comparativa de Datos Pre y Post Intervención

A continuación, se presenta la comparativa de los resultados del Y-BOCS, el OCI-R, y el ICO, luego de reevaluar a ambos pacientes tras 20 sesiones intervenidos con Exposición y Prevención de Respuesta, por un lado, y Terapia Cognitiva centrada en las Creencias Obsesivas, por el otro.

En las Figuras 37 y 38, pueden apreciarse como los pacientes tuvieron una evolución positiva en el que tanto obsesiones como compulsiones mermaron considerablemente, revelando una mejoría en el índice de intensidad de sus síntomas. En ambos casos se obtuvo un descenso considerable, de 18 y 19 puntos totales respectivamente. Y aunque aún no se alcanzó el criterio de recuperación del YBOCS (menor a 7, lo que implicaría “sin manifestaciones clínicas”), se observa un valioso progreso tanto en Octavio al pasar de un nivel de "Muy Grave" (32-40 puntos) a "Moderado" (16-23 puntos), quedando a dos puntos de alcanzar la categoría "Leve", como en Magali, que evolucionó de un nivel "Grave" (24-31 puntos) a "Leve" (8-15 puntos), lo que implica que los síntomas son mucho menos perturbadores y afectan mínimamente la funcionalidad del paciente, reflejándose en una mejora notable en la calidad de vida.

Figura 37

Comparación de los Resultados Pre y Post Tratamiento en el Cuestionario Y-BOCS: Caso Octavio

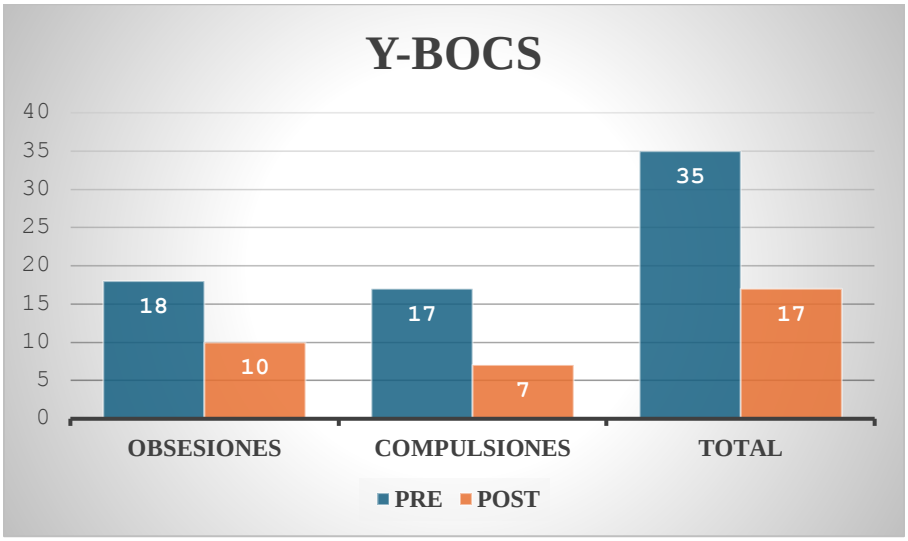
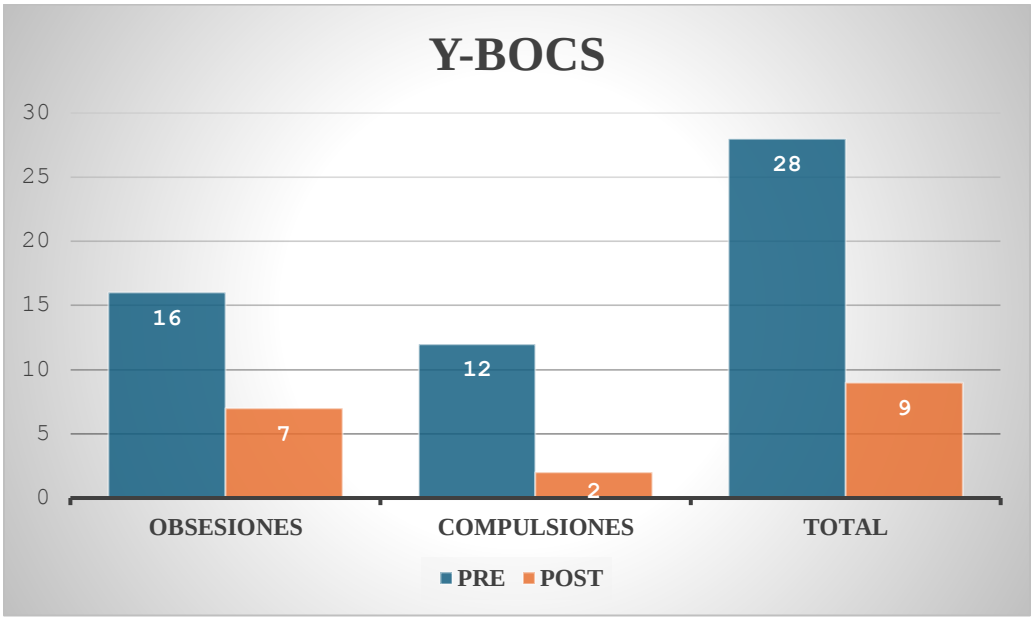


Figura 38

Comparación de los Resultados Pre y Post Tratamiento en el Cuestionario Y-BOCS: Caso Magali



Por otra parte, en el OCI-R, que evalúa el malestar asociado con el TOC, igualmente hubo una mejoría considerable. El puntaje de Octavio disminuyó de 44 a 21 puntos totales (tal como se ilustra en la Figura 39), obteniendo su mayor mejora en los síntomas relacionados con la limpieza y la neutralización, que eran los principales problemas del paciente. Por su parte, Magali consiguió una increíble reducción de 33 a 9 puntos totales (ver Figura 40), obteniendo su mayor mejora en los síntomas relacionados con las Obsesiones Puras, el cual era el foco principal en el que residían los problemas.

Figura 39

Comparación de los Resultados Pre y Post Tratamiento en el Cuestionario OCI-R: Caso Octavio

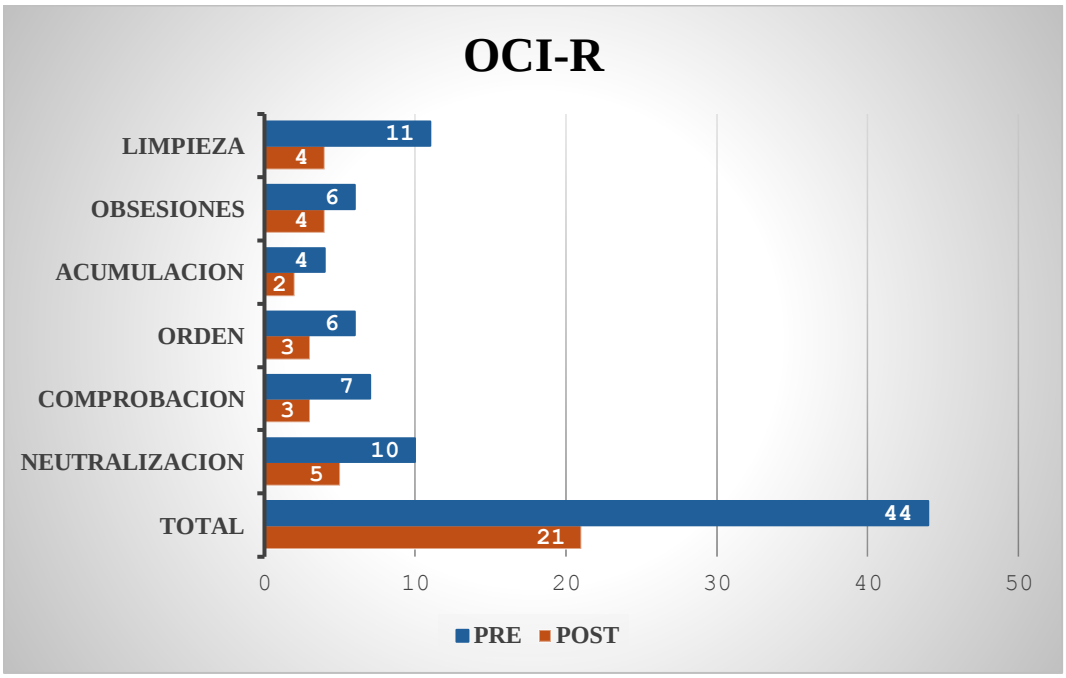
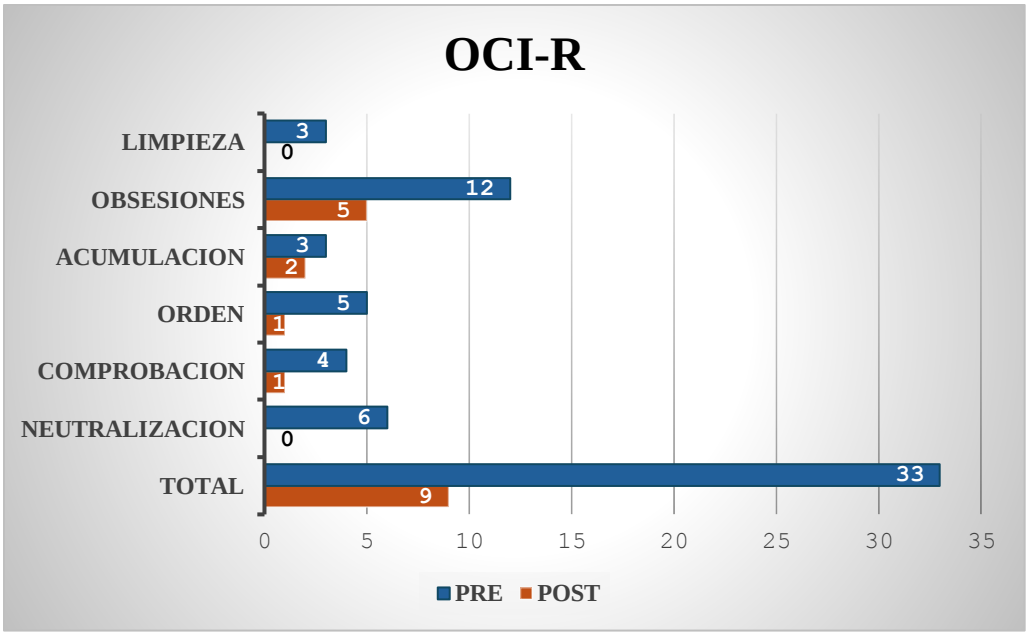


Figura 40

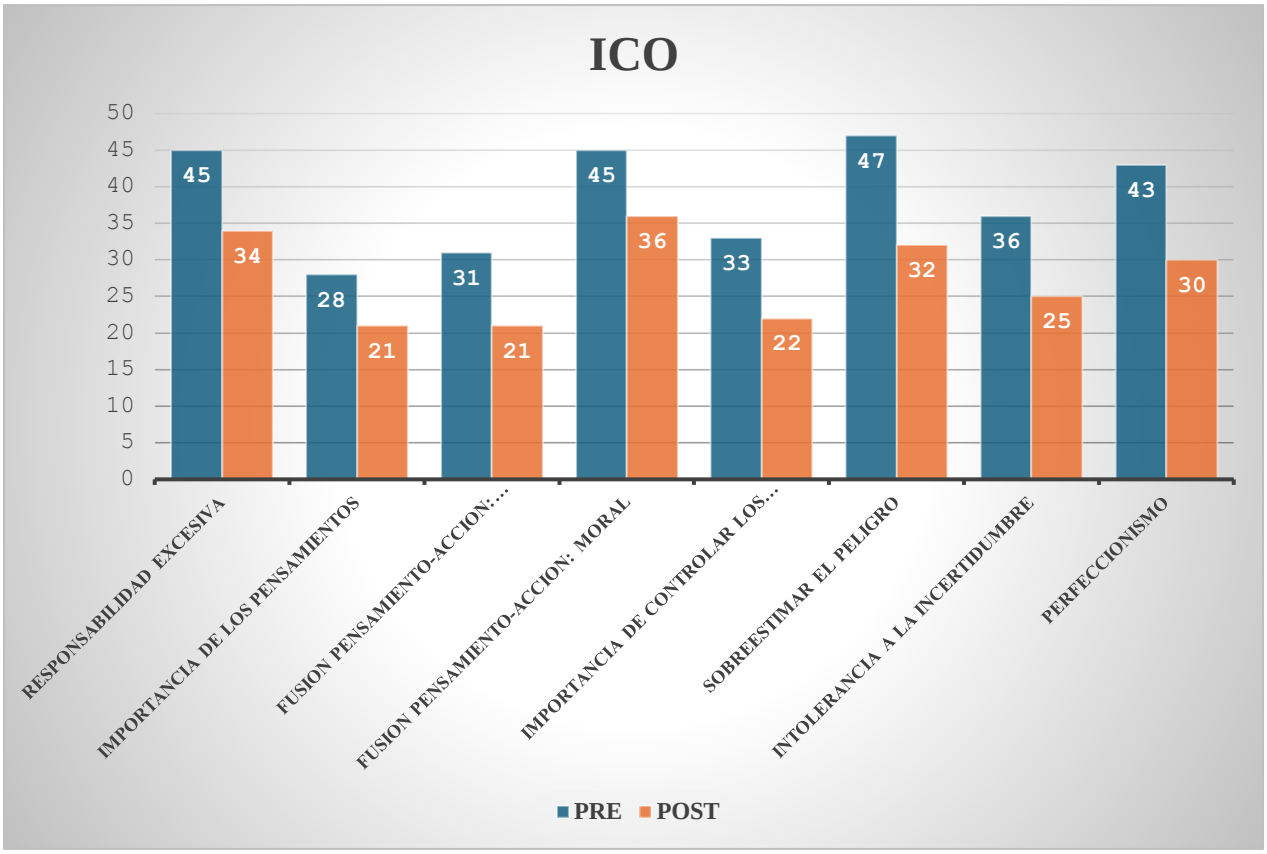
Comparación de los Resultados Pre y Post Tratamiento en el Cuestionario OCI-R: Caso Magali



Por último, y como se corrobora en la Figura 41, la evaluación del ICO en el Caso Nº1 mostró una reducción de aproximadamente 10 puntos en las Creencias del paciente, con disminuciones especialmente destacables en escalas pronunciadas como la "Responsabilidad Excesiva", "FPA: Tipo Moral", "Sobreestimación del Peligro" y "Perfeccionismo", con caídas de hasta 15 puntos en estas categorías. Aunque es una realidad que el paciente ha disminuido en la mayoría de las áreas evaluadas, es importante destacar que en el análisis respuesta a respuesta de los ítems, lo que se ha conseguido es la flexibilización absoluta de sus interpretaciones (que han pasado en general de "Totalmente de Acuerdo" a "Ni de acuerdo, Ni en desacuerdo"), y no tanto su desestimación.

Figura 41

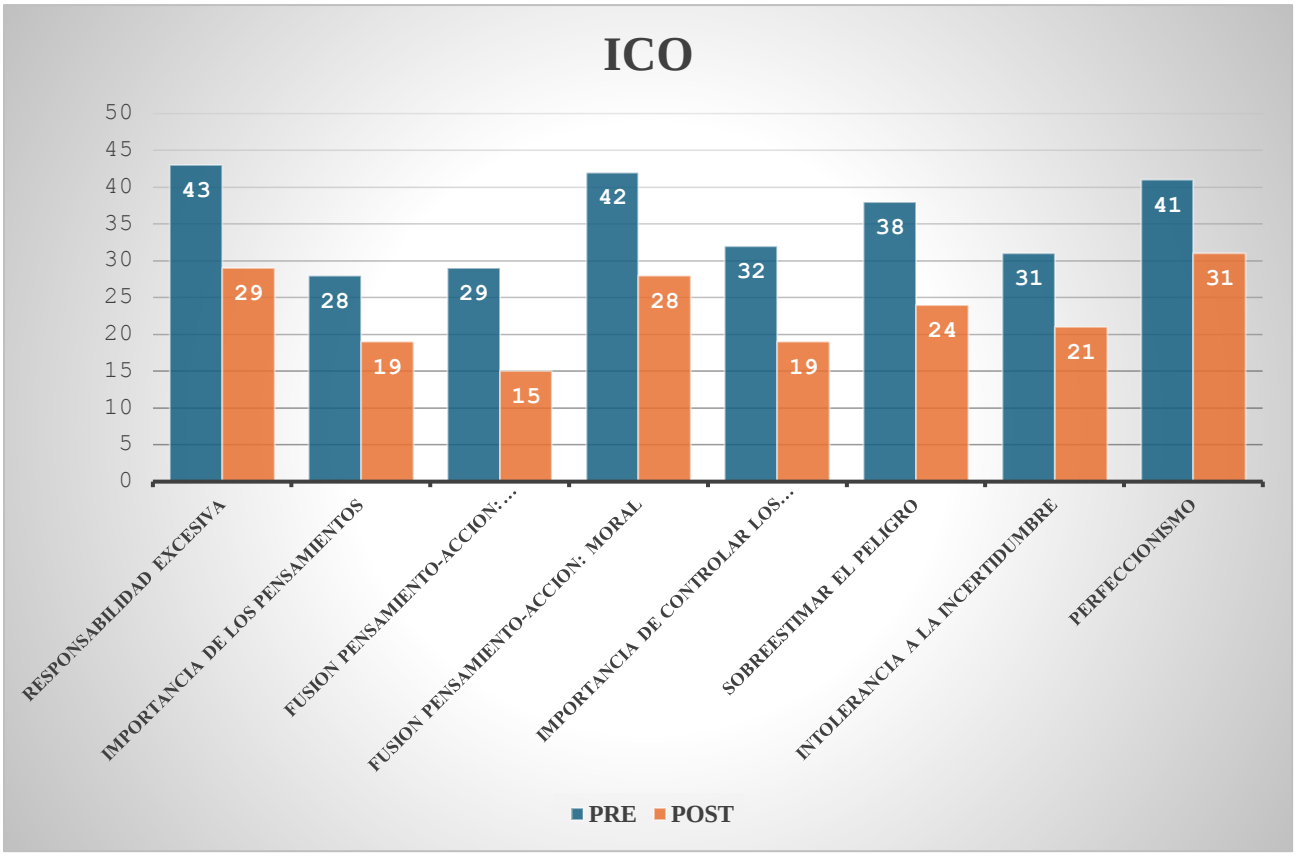
Comparación de los Resultados Pre y Post Tratamiento en el Cuestionario ICO: Caso Octavio



En cuanto al Caso Nº2, y como se corrobora en la Figura 42, la evaluación del ICO mostró una reducción de aproximadamente 12 puntos en las Creencias del paciente, con disminuciones especialmente destacables en escalas pronunciadas como la “Responsabilidad Excesiva”, “FPA: Tipo Moral”, y “Perfeccionismo”, con caídas de hasta 14 puntos en estas categorías.

Figura 42

Comparación de los Resultados Pre y Post Tratamiento en el Cuestionario ICO: Caso Magali



La diferencia observada entre ambos casos podría deberse a que, en Octavio, no se trabajaron las creencias de manera directa, a diferencia del tratamiento aplicado a Magalí, cuya intervención se basó en la Terapia Centrada en Creencias Obsesivas (Protocolo de Belloch). En el primer caso, el tratamiento se focalizó en la EPR, priorizando la habituación conductual y la reducción de la ansiedad por sobre la reestructuración cognitiva. Esta diferencia metodológica sugiere que, si bien la EPR se muestra altamente eficaz para disminuir los rituales y el malestar asociado, y a diferencia de los defensores que sostienen que dicha intervención puede, por sí misma, generar cambios en las creencias obsesivas a través del aprendizaje experiencial y la

corrección de expectativas (Foa & Kozak, 1986; Craske et al., 2014), la persistencia parcial de ciertas creencias obsesivas podría indicar la necesidad de complementar con estrategias cognitivas dirigidas a la modificación de esquemas subyacentes. Este hallazgo coincide con lo señalado por Belloch (2024), quien sostiene que la modificación de las creencias obsesivas requiere un abordaje cognitivo explícito y sistemático, dado que estas funcionan como estructuras organizadoras que perpetúan la interpretación disfuncional de los pensamientos intrusivos incluso cuando la ansiedad disminuye. De modo complementario, Clark (2020) enfatiza que la reducción sintomática obtenida mediante la exposición no garantiza necesariamente una revisión de los esquemas cognitivos, los cuales pueden permanecer latentes y favorecer recaídas si no son abordados de manera directa

En consecuencia, desde una perspectiva integradora, la combinación de EPR y Terapia Cognitiva Basada en Creencias Obsesivas parece ofrecer un abordaje más completo, al promover simultáneamente la habituación emocional y la reestructuración profunda de los significados personales relacionados con la responsabilidad, el control y la amenaza, lo que podría favorecer una remisión más estable y prevenir recaídas

Finalizando, es menester añadir que, aunque Octavio aun continua en tratamiento, cursando la última fase de Prevención de Recaídas, nos retroalimenta en cuanto a la evolución percibida, con las siguientes palabras: "*Aunque aún conservo algunas manías, me doy cuenta rápido y puedo resistirme a ellas. Estoy muy tranquilo; es un gran alivio no sentirme sucio todo el tiempo, y tener que estar lavándome constantemente, o preocupado por casi todo"*. Además de disminuir el tiempo en la ducha y eliminar por completo otros rituales como utilizar alcohol en gel en todo momento, es de gran regocijo comentar, que el paciente ha podido recuperar actividades a las que había renunciado, como, por ejemplo, ver a sus amigos, y se ha involucrado

en otras como el club de ajedrez. Actualmente está interesado en realizar un Test Vocacional para comenzar una carrera de su agrado.

Por su parte, la paciente Magali, ha presentado un mayor índice de mejoría a diferencia de Octavio. Y aunque es una realidad que el índice de gravedad de su TOC era menor, es importante destacar algunas características que han facilitado las intervenciones y la han hecho candidata a una mejor evolución: La firme Alianza Terapéutica establecida, la Motivación, las Expectativas de Resultado, la inexistencia de Comorbilidad con Depresión y síntomas TOC en la adolescencia, el Nivel Educativo, la menor Aversión y mayor Adherencia a las indicaciones para la EPR en casa, así como una mayor flexibilidad para tomar distancia de sus Obsesiones al pensarla como "Hipótesis" y no tanto como Eventos Reales.

Asimismo, Magali también cursa actualmente la última fase de Prevención de Recaídas, y nos comenta acerca de la evolución percibida que: "*Haber entendido como funciona el TOC fue fundamental para mi progreso. Me hizo cambiar de perspectiva sobre lo que sentía, y pude realmente entenderlo como una enfermedad y no como algo malo que estaba dentro mío. También aprendí a desestimar un poco mis creencias mágicas, hasta tal punto que he dejado de utilizar mi piedra de la buena suerte para evitar catástrofes"*. La paciente nos dice además que: *"Nunca creí en mi vida que pensar algo lindo podría convertirse en un ritual cognitivo, que iba a ser mi perdición. Al final a lo que más me aferraba para darme paz termino siendo mi mayor problema".* Actualmente, la paciente puede asistir a la facultad sin dificultades, disfruta de eventos familiares sin la sensación de temor por realizar un acto impulsivo, y goza de su sexualidad de manera plena. A su vez, ha comenzado a trabajar tiempo parcial para una empresa.

Finalmente, se planea realizar un seguimiento en los próximos meses para evaluar el mantenimiento de los avances y posibles recaídas.

Conclusión

El presente trabajo constituye el corolario de mis experiencias clínicas y académicas entre 2020 y 2022, periodo en el que, como todo terapeuta en formación, me enfrenté a numerosos interrogantes sobre cómo abordar de manera eficaz las complejas manifestaciones del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC). En este proceso, comprendí la relevancia de contar con una teoría sobre el funcionamiento de la mente, un modelo psicopatológico que explique la conceptualización de los procesos mentales disfuncionales, y un programa de cambios que identifique las condiciones que facilitan o limitan la posibilidad de mejora en los pacientes (Fernández-Álvarez, 2011). Este enfoque estructurado no solo guía el tratamiento, sino que ofrece la esperanza de un verdadero cambio.

El recorrido teórico-práctico desarrollado a lo largo del trabajo ha intentado demostrar la eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) en el tratamiento del TOC, poniendo de relieve dos de sus principales estrategias: la Exposición con Prevención de Respuesta (EPR) y la Reestructuración Cognitiva basada en Creencias Obsesivas. Mientras que la primera demostró ser especialmente efectiva para reducir los rituales compulsivos y la ansiedad asociada, la segunda evidenció su potencia para modificar las creencias subyacentes de responsabilidad, amenaza y control que mantienen el ciclo obsesivo-compulsivo. Los resultados observados a través de los instrumentos aplicados (Y-BOCS, OCI-R e ICO) confirmaron esta diferencia: el tratamiento basado en EPR logró una notable reducción sintomática y una habituación emocional sostenida, en tanto que el abordaje cognitivo produjo cambios estructurales más profundos en el sistema de creencias.

En esta línea, se destacó como la importancia de una sólida Alianza Terapéutica es crucial para la adherencia y eficacia del tratamiento, aumentando la efectividad de las exposiciones al

brindar el apoyo necesario al paciente para enfrentar el malestar. Del mismo modo, la Psicoeducación familiar juega un rol fundamental, evitando que los miembros de la familia refuercen las compulsiones de manera involuntaria. A su vez, es imprescindible en el plano técnico, subrayar la necesidad de diseñar jerarquías de exposición precisas y graduales, y de mantener una actitud neutral frente a las estrategias de reaseguración, para no reforzar la dinámica obsesiva. Evitar caer como terapeutas, en la trampa de responder continuamente a las preguntas del paciente para paliar sus dudas, es imprescindible para romper el ciclo del TOC.

Por otro lado, el proceso terapéutico permitió observar la relevancia del fenómeno conocido como "Meta-TOC" (propuesto por el Especialista Alejandro Ibarra), es decir, la obsesión centrada en la duda sobre la propia mejora o sobre la eficacia del tratamiento. La comprensión y abordaje de este metanivel resulta crucial, ya que puede interferir en la generalización del cambio y sostener el ciclo obsesivo bajo una nueva forma.

El análisis conjunto de los casos permitió reafirmar que la Terapia Cognitivo-Conductual ofrece un abordaje integral y eficaz, capaz de intervenir tanto sobre la conducta observable como sobre los procesos cognitivos que la originan y mantienen. En consonancia con lo planteado por Belloch (2024) y Clark (2020), los resultados obtenidos apoyan la integración de exposiciones conductuales con técnicas de reestructuración cognitiva, combinando el aprendizaje experiencial con la revisión de significados personales profundos. Esta integración posibilita no solo la reducción de los síntomas, sino también una transformación más estable y duradera del sistema de creencias.

En última instancia, este trabajo reafirma que la salud mental es un pilar esencial en la vida, y aquellos que sufren de TOC padecen una gran angustia que limita su libertad. La TCC trasciende la mera disminución de síntomas, y no solo brinda alivio, sino esperanza, permitiendo

a los pacientes recuperar áreas de su vida que creían perdidas. El progreso diario del paciente, y el observar cómo recupera lentamente áreas de su vida que creía perdidas, es un triunfo conmovedor. Cada avance se convierte en una celebración conjunta, una fuente de alegría renovada tanto para el paciente como para el terapeuta, que nos recuerda la capacidad del ser humano para sanar y volver a florecer.

Por todo lo expuesto, esta experiencia subraya la importancia de continuar actualizando e instruyéndose como profesional, complementando la actualización teórica y la sensibilidad clínica. Solo de este modo será posible ofrecer tratamientos eficaces, éticamente responsables y capaces de acompañar a quienes sufren hacia un proceso genuino de recuperación y crecimiento.

Referencias

Aldaz Armendáriz, J. A. y Sánchez Martín, M. M. (2005). *Obsesiones y Compulsiones*. Editorial Síntesis.

American Psychiatric Association. (1994). Trastornos de Ansiedad: F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo. En APA (Ed.), *DSM-4: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (428-434). Masson.

American Psychiatric Association. (2014). Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados. En APA (Ed.), *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (235-265). Panamericana.

Ataide y Portugal, E. (1802). *Manual de Epicteto*. Fondo Antiguo de la Universidad de Sevilla. (uanl.mx)

Bados López, A. (2017). Trastorno obsesivo compulsivo: Naturaleza, evaluación y tratamiento. *Universitat de Barcelona*. http://hdl.handle.net/2445/115726

Beck, J. S. (2000). *Terapia Cognitiva: Conceptos Básicos y Profundización*. Gedisa Editorial.

Beck, J. S. (2007). *Terapia Cognitiva para la Superación de Retos*. Gedisa Editorial.

Belloch, A., Cabedo, E. y Carrio, C. (2014). *TOC: Obsesiones y Compulsiones. Tratamiento Cognitivo.* Alianza Editorial.

Belloch, A., Garcia-Soriano, G., y O`meara, M. (2020). Trastorno Obsesivo-Compulsivo y Trastornos Relacionados. En A. Belloch, B. Sandín, y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología.* (3.ª ed., Vol. II, pp. 135–199). McGraw-Hill1

Belloch, A., Garcia-Soriano, G., y O`meara, M. (2024). Trastorno Obsesivo-Compulsivo y Trastornos Relacionados. En A. Belloch, B. Sandín, y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología.* (4.ª ed., Vol. II, pp. 155–229). McGraw-Hill1

Berrios, G. E. (2006). Historia de los Trastornos Obsesivos. En J. Vallejo Ruiloba y G. E. Berrios (Eds.), *Estados Obsesivos* (3-17). Masson.

Biglieri, R. (2008). Perfil Cognitivo de Pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo: Resultados preliminares. *Anuario de investigaciones*, *15*, 00-00. (scielo.org.ar)

Biglieri, R. y Vetere, G. (2016). Terapia Cognitiva Comportamental para pacientes pediátricos con trastorno obsesivo compulsivo. En M. Gomar, J. Mandil, y E. Bunge (Eds.), *Manual de Terapia Cognitiva Comportamental con Niños y Adolescentes* (353-403). Akadia Editorial.

Biglieri, R., Vetere, G. y Moyano, M. B. (2012). Tratamiento Cognitivo-Conductual del Trastorno Obsesivo Compulsivo. En J. Obst Camerini (Ed.), *Aportes del Siglo XXI a las Terapias Cognitivas* (17-47). CATREC

Botella, C. y Robert, C. (2009). El Trastorno Obsesivo-Compulsivo. En A. Belloch, B. Sandín, y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología: Volumen II* (187-225). McGraw-Hill

Camerini, J. (2014): *La terapia Cognitiva Integrada y Actualizada. Segunda edición, corregida y aumentada*. CATREC

Castelló Pons, T. C. (2014). El espectro obsesivo-compulsivo en el DSM 5. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatria de enlace*, (112), 22-27. Dialnet (unirioja.es)

Clark, D. A. (2020). *Cognitive-Behavioral Therapy for OCD and Its Subtypes*. Guilford Press.

Clark, D. A. y Beck, A. T. (2012). Terapia Cognitiva del Trastorno Obsesivo-Compulsivo. En D. A. Clark y A. T. Beck (Eds.), *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad. Ciencia y práctica* (739-813). Desclée De Brouwer

Coles, M. E., Frost, R. O., Heimberg, R. G., & Rhéaume, J. (2003). "Not just right experiences": perfectionism, obsessive–compulsive features and general psychopathology. *Behaviour research and therapy, 41*(6), 681-700. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00044-X

Corbella, S., y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, *19*(2), 205-221. 04-19_2.pdf

Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 10–23. https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.006

Cruzado Rodríguez, J. A. (2014). Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastornos Relacionados. En V. E. Caballo, I. C. Salazar y J. Carrobles (Eds.), *Manual de Psicopatología y Trastornos Psicológicos* (246-290). Pirámide.

Dahab, J., Minici, A., y Rivadeneira, C. (2022). Puntualizaciones acerca de la Terapia de Expos. Variantes y aplicaciones en los trastornos de ansiedad. *COGNICIÓN Y COMPORTAMIENTO*, (009), 4-10. Revista_9_2022_Mod.pdf

Díaz, M. I., Ruiz, A., Villalobos, A. y Paz González, M. (2017). *Terapias y Técnicas de Exposición*. En M. A. Ruiz, M. I. Díaz, y A. Villalobos (Eds.), *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales* (191-233). Desclée De Brouwer,

Eisen, J. L. y Rasmussen, S.A. (2004). Fenomenología del Trastorno Obsesivo-Compulsivo. En D. J. Stein y E. Hollander (Eds.), *Tratado de los Trastornos de Ansiedad* (173-189). Ars Medica.

Fernández-Álvarez (junio del 2003). Miguel Kohan. *Actualidad Psicológica*. Fernandez Alvarez 2003 La Consulta Terapeutica

Fernández-Álvarez, H. (2011). El campo de la Psicoterapia. En H. Fernández-Álvarez (Ed.), *Paisajes de la psicoterapia: modelos, aplicaciones y procedimientos* (13-45). Polemos

Foa, E. B. y Wilson, R. (2001). *Venza sus Obsesiones*. Ediciones RobinBook.

Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99*(1), 20–35. https://doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.20

Fornés Romero, G. (2017). *El papel de la sensación de inacabado y las experiencias "not just right" en el trastorno obsesivo-compulsivo Una aproximación experimental al estudio de los motivadores de síntomas* [Tesis de doctorado, Facultad de Psicología, Universidad de Valencia]. Repositorio de Datos - Universitat de València

Fornés, G., Ruiz-Fernández, M., y Belloch, A. (2016). Sensación de inacabado y experiencias" not just right" como motivadoras de los síntomas obsesivo-compulsivos. Revista de psicopatología y psicología clínica, 21(2). doi: 10.5944/rppc.vol.21.num.2.2016.14739

Franklin, M. E. y Foa, E. B. (2023). Trastorno Obsesivo-Compulsivo. En D. H. Barlow (Ed.), *Manual Clínico de Trastornos Psicológicos: Tratamiento Paso a Paso* (282-379). Manual Moderno.

Freeston, M. H. y Ladouceur R. (2002). Análisis y Tratamiento de las Obsesiones. En V. E. Caballo (Ed.), *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos: Tomo I* (137-168). Siglo XXI.

Fullana, M. A., Creus, M. J., Farré, B. y Farré, J. M. (2001). Características de 104 pacientes con diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo. *Actas de Psiquiatría, 29*, 304-309. (actaspsiquiatria.es)

Gabalda, I. C. (2007). *Manual Teorico-Practio de Psicoterapias Cognitivas*. Desclée de Brouwer.

García, N. B., y Restrepo, D. L. (2017). Instrumentos de evaluación del trastorno obsesivo compulsivo: revisión. *Poiésis*, (32), 101-115. (ucatolicaluisamigo.edu.co)

Gavino, A. y Godoy, A. (2010). *Trastorno Obsesivo-Compulsivo y de las Compulsiones*. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.

Gavino, A., Berrocal, C., y Lopez, A. E. (2018). Técnicas Dirigidas a la Reducción de la Ansiedad. En A. Gavino (Ed.), *Guía de Técnicas de Terapia de Conducta* (71-110). Pirámide

Giardini, A., Baiardini, I., Cacciola, B., Maffoni, M., Ranzini, L., Sicuro, F. (2017). *Carl Rogers: La Psicoterapia Humanista*. Salvat

González Serra, D. J. (2013). La dialéctica materialista: contribuciones de SL Rubinstein a la teoría Histórico Cultural. *Perspectiva*, *31*(01), 213-232. (fcc.org.br)

Goodman, W. K. (2004). Farmacoterapia del Trastorno Obsesivo-Compulsivo. En D. J. Stein y E. Hollander (Eds.), *Tratado de los Trastornos de Ansiedad* (207-220). Ars Medica.

Hipona, A. (2016). *Confesiones*. Biblioteca Clásica Gredos

Hollander, R. E. y Simeon. D. (1996). En R. E. Hollander, S. C. Yudofsky, y G. O. Gabbard (Eds), *Tratado de Psiquiatría Clínica* (531-639). Artmed.

Instituto de Psicoterapias Contextuales D`Context. [Lic. Andrés Martin Buran]. (11 de junio de 2022). *Análisis y Modificación de Conducta en TOC*. [Video]. Facebook. https://www.facebook.com/watch/live/?ref=watch_permalink&v=1096382644284091

Kaplan, V. A., y Sandok, B. J. (2015). Trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados. En V. A Kaplan y B. J. Sandok (Eds.), *Sinopsis de Psiquiatría Ciencias del Comportamiento/Psiquiatría Clínica* (418-437). Wolters Kluwer.

Keegan, E. (2008). *Escritos de Psicoterapia Cognitiva*. Eudeba.

Kodysz, S. (s.f.). Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC). Breve Revisión Bibliográfica. *Hojas Clínicas de Salud Mental. Facultad de Psicología UBA. 2 (uba.ar)*

Kuyken, W., Padesky, C. A., y Dudley, R. (2017). *Conceptualización Colaborativa del Caso: Trabajar de forma eficaz con los clientes en la Terapia Cognitivo-Conductual*. Desclée de Brouwer.

León, V., Gómez, B., y Labourt, J. (2011). La Alianza Terapéutica. En H. Fernández-Álvarez (Ed.), *Paisajes de la psicoterapia: modelos, aplicaciones y procedimientos* (45-75). Polemos

Lerma Alarcón, C. L. (2023). ¿Cuál es el papel de las “Not Just Right Experiences” en el trastorno obsesivo-compulsivo y en el trastorno dismórfico corporal? Una revisión sistemática cualitativa [Tesis de Doctorado, Facultad de Psicología, Universidad Nacional

de Educación a Distancia (UNED)]. Repositorio Institucional – Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).

López Pell, A. F. y Brasca, L. (2013). *Conceptualización y formulación de casos clínicos desde los Modelos de Judith S. Beck y Jacqueline B. Persons*. Universidad Abierta Interamericana.

Lozano-Vargas, A. (2017). Aspectos clínicos del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados. *Revista de neuro-psiquiatría*, *80*(1), 35-35. (upch.edu.pe)

March, J. S., Frances, A., Carpenter, L. L., & Kahn, D. (1997). Expert consensus treatment guidelines for obsessive-compulsive disorder: a guide for patients and families. *Journal of Clinical Psychiatry*, *58*(4), 65-72. (ocdla.com)

Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., Fernández Marcos, T., y Ortega Otero, M. (2014). *Guía para la Intervención Psicológica en el Trastorno Obsesivo-Compulsivo.* Facultad de Psicología UAM

Martell, C. R., Dimidjian, S., y Herman-Dunn, R. (2014). Activación conductual para la Depresión: Una guía clínica. Desclée de Brouwer

Martínez Anchuela, M. M. (2016). Trastorno obsesivo compulsivo. *Revista Internacional de apoyo a la inclusión, logopedia, sociedad y multiculturalidad*, *2*(1). (ujaen.es)

Miró Barrachina, M. T. y Pastor Sirera, J. (2012). Mindfulness en el Tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo. En M. T. Miró Barrachina y J. Pastor Sirera (Eds.), *Mindfulness en la Práctica Clínica* (169.209). Desclée De Brouwer.

Molina, H., Silberma, R., y Manrique, G. (2006). La alianza terapéutica en terapia cognitiva-conductual: Esquemas, resistencia al cambio y resolución de rupturas. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*, *7*(2), 31-54. 04-LA Alianza Terapeutica EN Terapia Cognitivo Conductual -

Nezu, A. M., Nezu, C. M., y Lombardo, E. (2006). *Formulación de Casos y Diseño de Tratamientos Cognitivos-Conductuales: Un Enfoque Basado en Problemas*. Manual Moderno.

Organización Mundial de la Salud. (2000). F42 Trastorno Obsesivo-Compulsivo. En OMS (Ed.), *Guía de bolsillo de la clasificación CIE10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento con glosario y criterios diagnósticos de investigación* (117-119), Panamericana.

Páez, S., y Freda, M. (s.f.). Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC): Guía psicoeducativa para el consultante y terapeuta. Fundación Foro. Recuperado de: MANUAL PSICOEDUCATIVO DE TOC orientado a consultantes

Pedrick, C., y Hyman, B. M. (2003). *Guía práctica del TOC. Pistas para su liberación.* Desclée de Brouwer.

Pena, J., Barrios, A., Ventura, N., Ruipérez, M.A., Edo, S. y Ávila, C. (2011). Implicación del circuito corticoestriadotalámico en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo durante una tarea de control inhibitorio con contingencias de recompensa y castigo. *Rev. Neurología*, *53*(2): 77-86. Neurologia

Peralta López, J. R. (2017). El Trastorno Obsesivo-Compulsivo: Diferencias entre las Ediciones IB y V del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. *Enseñanza e investigación en Psicología*, *22*(2), 223-228. Redalyc.

Psicólogo Alejandro Ibarra. (6 de noviembre de 2023). *Meta TOC. Meta OCD. ¿Y si nunca mejoro?* [Archivo de Vídeo]. YouTube. Meta TOC. Meta OCD. ¿Y si nunca mejoro? Psicólogo Alejandro Ibarra. (youtube.com)

Psicólogo Alejandro Ibarra. (7 de febrero de 2022). *TOC ¿por qué la exposición al pensamiento es tan eficaz?* [Archivo de Vídeo]. YouTube. (184) TOC ¿por qué la exposición al pensamiento es tan eficaz? Psicólogo Alejandro Ibarra - YouTube

Rachman, S. & Shafran, R. (1998). Cognitive and behavioral features of obsessive- compulsive disorder. En R. Swinson, M. Antony, S. Rachman y M. Richter (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research and treatment* (pp. 51-78). Nueva York: Guilford Press.

Rauch, S. L., Cora-Locatelli, G., y Greenberg, B. D. (2004). Patogenia del Trastorno Obsesivo-Compulsivo. En D. J. Stein y E. Hollander (Eds.), *Tratado de los Trastornos de Ansiedad* (191-205). Ars Medica.

Riso, W. (2006). *Terapia Cognitiva. Fundamentos Teóricos y Conceptualización del Caso Clínico*. Editorial Norma

Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive—compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*, *37*, S29-S52. PII: S0005-7967(99)00049-2 (i-cbt.org.ua)

Sevilla, J. y Pastor, C. (2006). *Tratamiento Psicológico del Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Un manual de autoayuda paso a paso.* Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta.

Valaer Rubio, A. (2015). *Abordaje Clínico y Tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Análisis comparativo entre diferentes paradigmas de tratamiento: cognitivo-conductual o psicofarmacológico combinado*. Publicia.

Vallejo Pareja, M. A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. *Psicothema*, *13*(3), 419-427. Redalyc.Tratamientos ps

Vallejo Pareja, M. A. (2013). Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces para el Trastorno Obsesivo Compulsivo. En M. Pérez Álvarez, J. R. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez, e I. Vázquez (Eds.), *Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces: Tomo I* (435-458). Pirámide

Vallejo Ruiloba, J., Segalas, C., y Alonso, P. (2015). Trastornos Obsesivos. En J. Vallejo Ruiloba (Ed.), *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría* (495-542). Masson.

Vellosillo, P. S., y Fernández-Cuevas Vicario, A. (2015). Trastorno Obsesivo Compulsivo. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, *11*(84), 5008-5014. Trastorno obsesivo compulsivo (cipesalud.com.ar)

Vicente, E. S. (2020). “No está como debería estar”: Una propuesta de intervención para manejar las experiencias Not Just Right en pacientes con TOC. [Tesis de Grado, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de Teruel]. Repositorio Institucional – Universidad Zaragosa.

Anexo

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, ... declaro haber sido informado/a de que mis datos y la información obtenida durante mi tratamiento serán utilizados en un trabajo final de especialización en Terapia Cognitiva, titulado **"CONCEPTUALIZACIÓN Y ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS PARA EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO DESDE EL MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL"**, dirigido por ....., de la Facultad de Psicología y Relaciones Humanas de la Universidad Abierta Interamericana (UAI).

Entiendo que la finalidad de este trabajo es académica y que en ningún caso se divulgará información que permita identificarme, garantizando así mi anonimato. He sido debidamente informado/a sobre los detalles y objetivos del proyecto, y doy mi consentimiento para que se utilicen mis datos de forma confidencial.

Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA TÉCNICA "EXPOSICIÓN CON PREVENCIÓN DE RESPUESTA"

Título del Estudio: *CONCEPTUALIZACIÓN Y ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS PARA EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO DESDE EL MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL*

Universidad: *Facultad de Psicología y Relaciones Humanas de la Universidad Abierta Interamericana.*

Investigador: .....

1. Objetivo del estudio:

El objetivo de este estudio es aplicar la técnica de Exposición con Prevención de Respuesta (EPR) para reducir los síntomas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) en los participantes.

2. Procedimiento:

La técnica EPR consiste en exponer al paciente a situaciones que provocan ansiedad u obsesiones, sin permitir que realice las conductas compulsivas que utiliza para reducir esa ansiedad. Las sesiones serán presenciales y se adaptarán a la historia clínica de cada paciente.

3. Voluntariedad:

La participación en este estudio es completamente voluntaria. El paciente tiene derecho a retirarse del estudio en cualquier momento, sin que ello afecte su tratamiento en curso.

4. Confidencialidad:

Los datos personales y clínicos del paciente serán tratados con total confidencialidad. Toda información se utilizará exclusivamente para el trabajo de especialización y los informes finales mantendrán el anonimato del participante.

5. Riesgos:

El paciente puede experimentar niveles altos de ansiedad durante la exposición a los estímulos que provocan sus obsesiones. No obstante, se le brindará acompañamiento terapéutico en todo momento para manejar las respuestas emocionales.

6. Consentimiento:

He leído y comprendido los detalles de este estudio. Autorizo el uso de mis datos para el propósito descrito, y entiendo que puedo retirarme en cualquier momento.

Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____